

新型コロナウィルスワクチン接種相談用紙

(聴覚に障がいのある方など電話での相談が難しい方用)

該当する項目の□にチェック (☑) を入れてください。

ふりがな		
名前		
年齢・性別	年齢	才 (男性 ・ 女性)
住所	北海道	
連絡先	FAX メールアドレス	
ワクチンの接種について		<input type="checkbox"/> 接種していない
		<input type="checkbox"/> 接種した → <input type="checkbox"/> 1回目に接種した日：令和3年 月 日
		ワクチン接種の種類： <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> モデルナ
		<input type="checkbox"/> 2回目に接種した日：令和3年 月 日
		ワクチン接種の種類： <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> モデルナ
相談したいこと	ワクチンを接種する前	<input type="checkbox"/> ワクチンの効き目 <input type="checkbox"/> ワクチンの副反応 (身体への影響) <input type="checkbox"/> その他 (具体的な内容を書いてください)
	ワクチンを接種した後	<input type="checkbox"/> 副反応 (身体への影響) がある <input type="checkbox"/> その他 ↓ どんな症状がありますか？ (症状) <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 疲労感 <input type="checkbox"/> 悪寒 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> その他 (具体的な内容を書いてください)
	定期的に通院している病気がある	<input type="checkbox"/> ある 糖尿病 心臓の病気 (病名：) 呼吸器の病気 (病名：) その他 (病名：)
		<input type="checkbox"/> ない

※ 記載いただいた内容を確認した後、メールもしくはFAXにてお返事いたします。

送信先FAX番号：011-799-0338