

沖縄県新型コロナワクチン FAX 相談票
 (FAX番号 098-869-7100) (電話でのご相談が難しい方)

送信年月日	令和 年 月 日				
(フリガナ) 氏 名		性 別	男 ・ 女		
		生年月日	T,S,H,R	年	月 日
住 所					
連 絡 先	FAX 番号				
	メールアドレス				
(関係者連絡先) 家族や知人等へ電話による回答を希望される場合は下記も記入ください					
氏 名		本人との関係			
電 話 番 号		住 所	県 (内・外)	市町村	
治療中の病気について	現在、治療中の病気はありますか。(有・無) 病名 () 治療薬名 ()				
ワクチン接種に関する情報	接種日	1 回目	月 日	2 回目	月 日
	接種場所	(市・町・村)			
症状 (当てはまる症状に○をしてください)	症状出現日 (月 日 時頃) 接種部の痛み・倦怠感・頭痛・発熱 (度)・吐き気・おう吐 ・接種部の腫れ・関節痛・筋肉痛・下痢・その他 ()				
	接種医・かかりつけ医 有 (医療機関名) ・ 無				
相談内容 (気になることや、相談したいことを書いてください)					