

新型コロナウイルスワクチン接種に伴う遅発性・遷延性の副反応相談票

送信日 年 月 日

※医療機関の紹介からのみの受付となります。

いずれかの医療機関を選択し、チェックを入れ、下記の番号宛てに送信してください。

神戸大学医学部附属病院 患者支援センター FAX番号：078-382-5265兵庫医科大学病院 医療支援センター FAX番号：0798-45-6002

紹介医療機関・医師名	医療機関名： 医師名：
医療機関住所 連絡先 (連絡可能な時間帯)	所在地： TEL： FAX： (連絡可能な時間帯： 時～ 時)
患者氏名・性別 生年月日	氏名(フリガナ)： 性別：(男・女) 生年月日：
患者住所・連絡先	住所： TEL：
※下記の【現在の状態】において <u>全ての項目に当てはまる場合に</u> 、相談を受付けます。	
現在の状態	<ul style="list-style-type: none">・直ちに救命処置を要する状態ではない・ワクチン接種後<u>1週間程度以上経過してからの発症</u>・症状がワクチン接種以外の原因となるものがみられない・専門的な診療が必要である
既往歴	
接種種別・時期 ワクチンの種類 PF：ファイザー TM：モデルナ NV：ノババックス	<input type="checkbox"/> 一般接種(12歳以上) <input type="checkbox"/> 小児接種(5歳～11歳) <input type="checkbox"/> 乳幼児接種(生後6ヶ月～4歳) ----- 1回目： 年 月 日 <input type="checkbox"/> PF <input type="checkbox"/> TM <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> その他() 2回目： 年 月 日 <input type="checkbox"/> PF <input type="checkbox"/> TM <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> その他() 3回目： 年 月 日 <input type="checkbox"/> PF <input type="checkbox"/> TM <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> その他() 4回目： 年 月 日 <input type="checkbox"/> PF <input type="checkbox"/> TM <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> その他() 5回目： 年 月 日 <input type="checkbox"/> PF <input type="checkbox"/> TM <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> その他() 6回目： 年 月 日 <input type="checkbox"/> PF <input type="checkbox"/> TM <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> その他() 7回目： 年 月 日 <input type="checkbox"/> PF <input type="checkbox"/> TM <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> その他() 8回目： 年 月 日 <input type="checkbox"/> PF <input type="checkbox"/> TM <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> その他()
発症時期 主訴 症状経過等	