新型コロナワクチン接種に伴う遅発性･遷延性の副反応相談票

|  |
| --- |
| ※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 |

送信日　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 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：　　　　　　　　　　　　　（連絡可能な時間帯：　　　時～　　　時）  FAX： |
| 患者氏名・性別  生年月日 | 氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ）：　　　　　　　　　　　　　　　　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】において全ての項目に当てはまる場合に、相談を受付けます。** | |
| 現在の状態 | ・直ちに救命処置を要する状態ではない  ・ワクチン接種後１週間程度以上経過してからの発症  ・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** | □一般接種（12歳以上） □小児接種（５歳～11歳）　□乳幼児接種（生後6ヶ月～4歳） |
| 1回目:　　　 年　　月　　日 □ＰＦ　□ＴＭ　□ＮＶ　□その他（ 　　　　）  2回目: 　 　 年 　 月 　日 □ＰＦ　□ＴＭ　□ＮＶ　□その他（ 　　　　）  3回目:　　　 年　　月　　日 □ＰＦ　□ＴＭ　□ＮＶ　□その他（ 　　　　）  4回目:　　　 年　　月　　日 □ＰＦ　□ＴＭ　□ＮＶ　□その他（ 　　　　）  5回目:　　　 年　　月　　日 □ＰＦ　□ＴＭ　□ＮＶ　□その他（ 　　　　）  6回目:　　　 年　　月　　日 □ＰＦ　□ＴＭ　□ＮＶ　□その他（ 　　　　）  7回目:　　　 年　　月　　日 □ＰＦ　□ＴＭ　□ＮＶ　□その他（ 　　　　）  8回目:　　　 年　　月　　日 □ＰＦ　□ＴＭ　□ＮＶ　□その他（ 　　　　）  令和６年度定期接種：　　 年　　月　　日 □ＰＦ □ＴＭ □その他（ 　　　　） |
| 発症時期  主訴  症状経過等 |  |