**聴覚に障害のある皆さんへ**

|  |  |
| --- | --- |
| 滋賀県新型コロナウイルスワクチン**専門相談窓口**  **ワクチン接種 副反応に関する相談**  Fax　077-528-４８６７（24時間OK）  Mail [corona\_vaccination\_shiga@medi-staffsup.com](mailto:corona_vaccination_shiga@medi-staffsup.com) | |
| **あなたの名前は？**  **住所は？** | **名前**　　　　　　　　　　　　　　　　　　**市・町** |
| **Fax番号は？** | －　　　　　― |
| **誰の相談ですか？** | **自分　　　　 　家族　　 その他** |
| **どんな症状ですか？** | **注射した所が**  **痛い・れている　　　 ・**  **・や　　　 体がだるい** |
| **いつワクチン接種**  **しましたか？** | **令和　　年　　月　　日（　）** |
| **他に伝えたいことがあれば、書いてください。** |  |

コロナワクチン接種の前後に不安を感じたら

Faxまたはメールをしてください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **コミュニケーション手段は？** | **筆談　・　手話　・　その他（　　　）** | |
| **通院してる？**  **薬は飲んでる？** | **糖尿病の薬・血圧の薬・人工透析**  **その他（　　　　　　　　　）** |