【注意事項】

 当サービスは聴覚に障害があるなど、電話でのご相談が難しい方のための専用窓口です。

 当サービスでは、看護師などの医療専門家が情報提供・助言を行いますが、医師の診断・診療等はできませんので

ご了承ください。 電話相談同様、込み合っている場合は返信にお時間をいただく場合があります。

長崎県新型コロナウイルスワクチン相談　FAX送信票

FAX ： 0800-080-6976

送信日： 年 月 日（ ）

●お住まいの地域　　**長崎県**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　市　・　町

●相談対象者

#  歳　　　　　 男 ／ 女

●ご相談者様

# 氏名 年齢 歳代 男 ／ 女

　　　　　　　　　　　（※フルネームでなくても構いません。）

●FAX番号

#  － －

●接種回数

　　□　接種前

　　□　1回目接種終了　（接種日時：　　　月　　　日　　　時頃）

　　□　2回目接種終了　（接種日時：　　　月　　　日　　　時頃）

●ワクチンの種類　　　　　　　　　●接種した医療機関など

　　□　ファイザー社製

　　□　モデルナ社製

●相談内容　（いつから、どのような症状があるなど、具体的にご記入ください。）