**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 |
| **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（　　　　　　　　　）** |