

(電子メール施行)

ワ 第 1 0 1 2 号

令和 3 年 5 月 1 日

各市町感染症担当課長 様

兵庫県健康福祉部感染症等対策室

ワ ク チ ン 対 策 課 長

新型コロナワクチン接種後副反応等に対する相談体制について

平素は、本県の感染症対策の推進にご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

本県において、厚生労働省通知（令和 3 年 2 月 1 日付け健健発 0201 第 2 号）にある、専門的な医療機関として二医療機関よりご協力をいただけることになりましたのでお知らせします。なお、具体的な相談の流れは別添の通りになります。

記

- ・ 別添 新型コロナワクチン接種後の副反応等相談体制について

兵庫県健康福祉部感染症等対策室
ワクチン対策課ワクチン対策班

TEL: 078-362-3283 (直通)

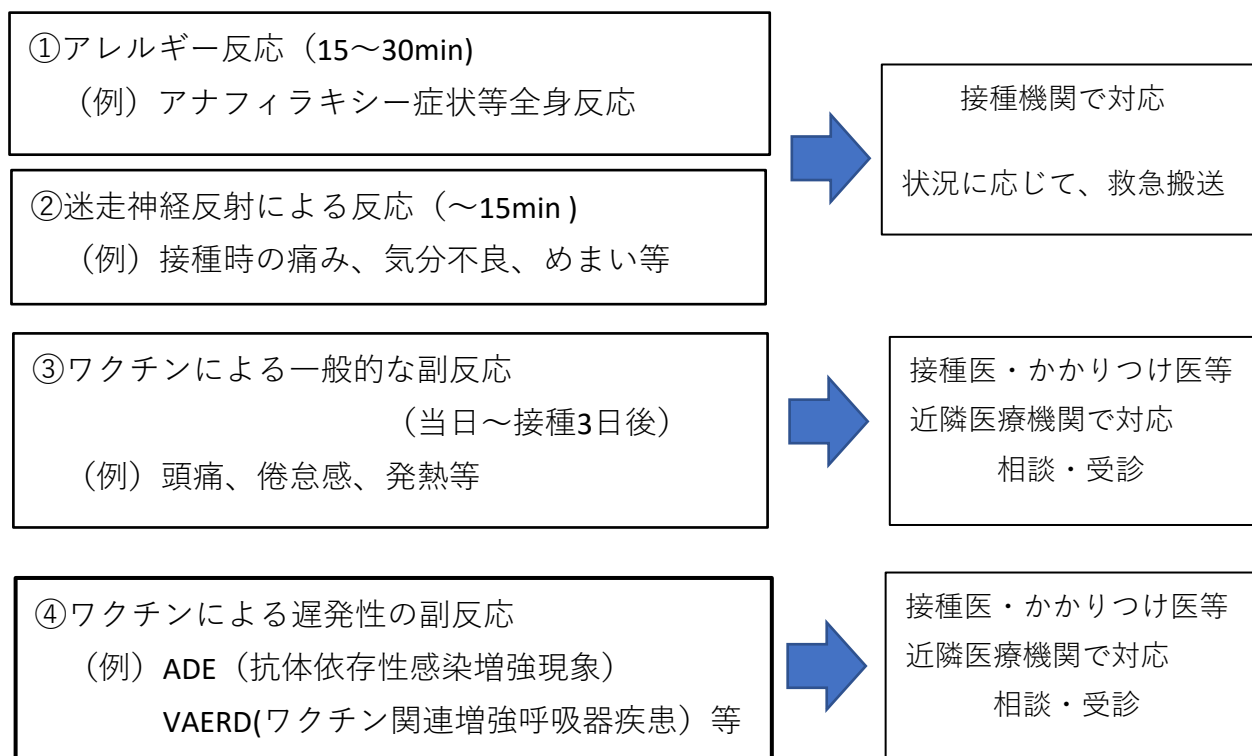
E-mail: wakuchin@pref.hyogo.lg.jp

(別添)

新型コロナワクチン接種後の副反応等相談体制について

新型コロナワクチン接種後の副反応については、まずは接種医・かかりつけ医等による受診・相談対応とするが、対応が困難な場合に、専門の医療機関にて対応する。ただし、フロー図に該当する場合のみの相談内容とする。

- (1) 実施期間：令和3年5月1日～9月30日（予定）
- (2) 相談対象者：被接種者から直接の相談ではなく、接種医・かかりつけ医からの相談とする。
- (3) 相談方法：専用相談票（様式1）に必要事項を記入し、いずれかの相談機関にFAXにて送信する。
- (4) 相談内容：下記のフロー図における④の症状がある場合の相談とする。



※死亡後の因果関係の推定は対応不可。

※すぐに相談対応出来ないこともあります。

対応困難な場合

かかりつけ医等より
専門的な医療機関に相談
(様式1をFAXにて送信)

必要に応じて受診

新型コロナウイルスワクチン接種に伴う遅発性の副反応相談票

※医療機関の紹介からのみの受付となります。

送信日 年 月 日

<p>どちらかの医療機関を選択し、チェックを入れ、太枠内に内容をご記入の上、下記の番号宛てに送信してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 兵庫医科大学病院 医療支援センター FAX 番号：0798-45-6002</p>	
紹介医療機関・医師名	.
医療機関住所・連絡先	所在地： TEL： FAX：
患者氏名・生年月日	氏名： 生年月日： (歳)
患者住所・連絡先	住所： TEL：
既往歴	
現在の状態	<input type="checkbox"/> 直ちに救命処置を要する状態ではない <input type="checkbox"/> ワクチン接種後 1 週間程度以上経過してからの発症 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 専門的な診療が必要である
接種時期 ワクチンの種類	1 回目 月 日 、 2 回目 月 日 <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他 ()
発症時期	
主訴	
症状経過	
受付日、診療科、医師	
対応	医療機関、医師への電話対応のみ ・ 当院受診希望 ・ その他