

下記の項目にご回答の上、FAX：086-226-7958まで、ご送信ください。

ご相談内容に応じて、FAXにてご返信いたします。また下記の注意事項にご同意の上ご利用ください。

- 緊急のご相談にはご対応できません。回答までに数日を要する場合がございます。
- 当サービスは、診療行為ではなく、医療専門家による助言行為です。ご相談者から伺った情報にもとづいてご回答いたしますので、適切な助言に至らない場合がございます。
- 新型コロナワクチンに関するご相談のみ承ります。それ以外のご相談には対応しておりません。

■ ご相談者 ●ご相談者 氏名 【 】

●回答先FAX番号 【 】

※ご自宅以外のFAX番号にて回答を希望の場合、ご回答FAX送付前に、ご本人様確認のためのお電話をさせていただきます。

※ご連絡先電話番号 【 】

■ ご相談者

●年齢 【 才 ヶ月】 ●性別 □男性 □女性

■ ご相談対象者 □本人 □本人以外

●年齢 【 才 ヶ月】 ●性別 □男性 □女性

■ 相談内容

●予防接種の有無 接種した 接種していない
(どちらかに○を付けてください)

●予防接種日(予定日)【 令和 年 月 日 】
(不明の場合は未記入)

●ご相談内容
(お聞きになりたい事)

お住まいの市町村：

※FAXによる健康相談サービスは聴覚障害をお持ちの方のみがご利用できるようになっております。

恐れ入りますが、健常者の方のご利用はご遠慮ください。