

新型コロナワクチン接種の集団接種を申込みされた方にお知らせ

【新温泉町役場 令和3年5月13日発行】

新温泉町新型コロナウイルス感染症対策本部【援護衛生部】
健康福祉課 健康推進係 電話99-2940

4月末に65歳以上の方に接種券（クーポン券）等の書類を発送しました。集団接種の申込みをした方は、持ち物や予診票の記入などの準備をお願いします。なお、1回目の集団接種は5月29日（土）・30日（日）で行いますが、申込者数が約4,500人と多かったことやワクチンが不足していることなどから、追加の日程を設けるなどの調整をしているところです。つきましては、決定次第、接種日時・場所等について、お知らせします。

接種当日の持ち物

- ①接種券（クーポン券）…接種券（クーポン券）は、2回分の「接種券」や「予防接種済証」が1枚になっています。接種券（クーポン券）ははがさず台紙ごとお持ち下さい。
- ②予診票…下記のとおり、記入して当日お持ちください。
- ③本人確認書類（健康保険証、運転免許証、マイナンバーカードなど）

予診票の書き方（基本的には太枠内だけを記載してください。）

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票	
※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。	
住民票に記載されている住所 〒 市 区 町 村	※空欄に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください (クーポン貼付)
フリガナ 氏 名	電話番号
生年月日(西暦)	性別
質問事項	回答欄
新型コロナウイルスワクチンの接種を初めて受けますか。 (接種を受けたことがある場合 1回目: 月 日、2回目: 月 日)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
現時点で住民票のある市町村と、クーポン券に記載されている市町村は同じですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
「新型コロナウイルスの説明書」を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。 <input type="checkbox"/> 医療従事者等 (165歳以上 160~64歳 高齢者施設等の従事者) <input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する(病名:)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
現在、何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。 病 名: <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい病気 <input type="checkbox"/> 免疫不全 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他() その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよと言われましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
今日、体が具合が悪いところがありますか。 症状()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
薬や食品などで、重いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことがありますか。 薬・食品など原因になったもの()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 種類() 症状()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか。または、授乳中ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類() 受けた日()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
今日の予防接種について質問がありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
以上の問診及び診察の結果、今日の接種は(<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 見合わせる)	医師署名又は記名
本人に対して、接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。 <input type="checkbox"/> 接種者は6歳未満である(該当する場合は塗りつぶしてください)	医師記入欄
新型コロナウイルスワクチン接種希望書 医師の診察・説明を受け、接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。(<input type="checkbox"/> 接種を希望します <input type="checkbox"/> 接種を希望しません) この予診票は、接種の安全の確保を目的としています。 接種者又は 接種者自署 このことを理解の上、本予診票が市町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。	
ワクチン名・ロット番号 シール貼付位置	接種量 実施場所 医療機関コード 接種年月日 ※記入例) 4月1日~4月9日 2022年 月 日

※クーポン券は貼らないでください。

※質問事項、回答欄に記入をしてください。

※どちらかにチェックしてください。

※日付の記入と署名をお願いします。

接種当日の服装について

ワクチンは肩（上腕の三角筋）に接種しますので、**肩口まで出しやすい服装でお越しください。**
 接種がスムーズに進むよう、Tシャツなど、肩口までまくることができる肌着を下に着用し、会場ですぐに着脱できる上着などを着用することへのご協力をお願いします。



ワクチン接種を受けることができない人・注意が必要な人

下記の①か②に当てはまる人は、ワクチンの接種ができない、または接種に注意が必要です。必ず当日、その内容を接種前の診察時に医師へ伝えてください。当てはまるかどうかや、ワクチン接種を受けて良いか不明な人は、その病気を診てもらっている主治医に相談ください。

- ①受けることができない人
- ・明らかに発熱している人（※1）
 - ・重い急性疾患にかかっている人
 - ・本ワクチンの成分に対し過敏症（※2）の既往歴のある人
 - ・上記以外で、予防接種を受けることが不適当な状態にある人（※1）明らかな発熱とは通常37.5℃以上を指します。（※2）アナフィラキシーや、全身性の皮膚・粘膜症状、呼吸困難、血圧低下等、アナフィラキシーを疑わせる複数の症状
- ※アナフィラキシーとは：アレルギー（アレルギーの原因となる物質）などが体内に入ることによって、複数の臓器や全身にアレルギー症状が表れ、命に危険が生じ得る過敏な反応が出ることをいいます。

- ②注意が必要な人
- ・抗凝固療法を受けている人、血小板減少症または凝固障害（血友病など）のある人
 - ・過去に免疫不全の診断を受けた人、近親者に先天性免疫不全症の方がいる人
 - ・心臓、腎臓、肝臓、血液疾患や発育障害などの基礎疾患のある人
 - ・過去に予防接種を受けて、接種2日以内に発熱や全身性の発疹などのアレルギーが疑われる症状が出た人
 - ・過去にけいれんを起こしたことがある人
 - ・本ワクチンの成分（※）に対して、アレルギーが起こるおそれがある人（※）ワクチンの成分については接種券に同封されている「新型コロナワクチン 予防接種についての説明書」を確認ください。