

新型コロナワクチン接種に関する 大切なお知らせ

市民の皆さんへ

新型コロナワクチン接種が始まる際に、次のページに記載のような予診票などを送付します。集団接種を円滑に実施できるよう、接種を受ける前に内容を確認ください。

なお、**新型コロナワクチン接種の開始時期は、5月以降を予定**しています。

※令和3年3月16日時点で相馬市に住民登

録があり、令和4年3月31日までに65歳以上になる方へクーポン券などを送付しました。なお、16歳～64歳の方には、国からのワクチン供給量に応じ、順次送付します。

送付物一覧

- ▽クーポン券（接種券と接種済証）
- ▽新型コロナワクチン接種のお知らせ
- ▽予診票2枚（2回接種分）
- ▽新型コロナワクチン予防接種についての説明書
- ▽送付文
- ▽新型コロナワクチン接種意向調査へのお願い
- ▽ワクチン接種意向調査はがき
- ▽はがき用保護シール
- ▽送迎ミニバスの乗降場（予定）

①クーポン券は貼らずに持参ください。

送付されるクーポン券に接種券などが付いていますが、接種会場で係員が使用しますので、クーポン券を貼らずに持参ください。

②予防接種の説明書は必ず事前にお読みください。

接種券と一緒に郵送される「新型コロナワクチン予防接種についての説明書」は、効果や副反応について記載されていますので、必ず事前にお読みください。

③病気治療中の方は事前にかかりつけ医に必ず確認ください。

現在、病気にかかっている方は事前にかかりつけ医にワクチン接種を受けても良いか確認ください。かかりつけ医の確認がないと、接種できない場合がありますので、必ず確認ください。

④接種会場には肩が出せる服装で来場ください。

注射は肩に行います。円滑に接種できるよう肩がすぐに出せるような服装で接種会場に来場ください。

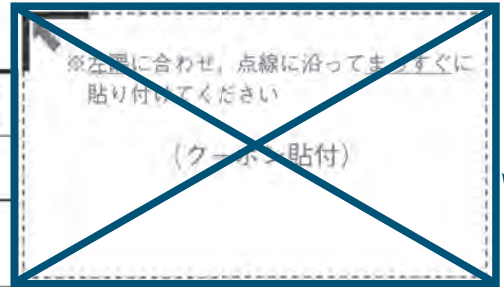


- 問い合わせ先
- ▽保健センター（☎ 35-4477）
- ▽新型コロナワクチン接種コールセンター（☎ 37-7567）

(例)

新型コロナ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	都道府県	市区町村
フリガナ	氏名	電話番号
生年月日(西暦)	年 月 日 日生(満 歳)	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女 診察前の体温 度 分

質問事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナ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	
『新型コロナワクチンの説明書』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が。 <input type="checkbox"/> 医療従事者等 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60~64歳 <input type="checkbox"/> 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() 治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
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いと言われましたか。	<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、体に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	

医師記入欄	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) 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。	医師署名又は記名押印
-------	---	------------

新型コロナ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、接種の安全性の確保を目的としています。	
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。	年 月 日 被接種者自署 <small>(※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載) (※被接種者が成年被後見人の場合は本人又は成年後見人自署)</small>

医師記入欄	ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	※医療機関等コード・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。
	※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください (注)有効期限が切れていないか確認	ml	実施場所 医師名	医療機関等コード 接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日 2020年 月 日