

新型コロナウイルス ワクチン接種のご案内



2021年6月14日更新 Ver.1.1



1 接種当日の流れ

① 予診票の確認

予診票に記入漏れがないか確認を行います

② 予 診

- 医師が問診を行い、接種可否を判断します
- 接種当日の体調や、医師の判断により接種が延期・中止になる場合がございます

③ 接 種

看護師・准看護師が注射をします

④ 証明書交付

- 証明書を必ずお受け取りください

⑤ 経過観察

- 15分程度体調の変化を確認します
※過去にアナフィラキシー含む重いアレルギーを起こした既往がある方は30分程度

⑥ 帰 宅

帰宅後、副反応があった場合は、下記の専用窓口へご連絡をおねがいたします。

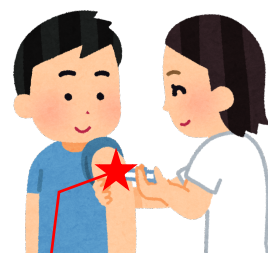
2 当日にご準備いただくもの

■ 1回目の接種の方

- 接種券
- 1回目の予診票
- 健康保険証
- 腕をまくりやすい服装

■ 2回目の接種の方

- 接種券
- 2回目の予診票
- 健康保険証
- 腕をまくりやすい服装



肩の高い位置に注射します

当日はすぐに肩を出せる服装でお越しください。
また、予診票は次ページの見本を参考に予めご記入ください。

3 副反応発生時の連絡先

埼玉県新型コロナワクチン専門相談窓口

電話番号：0570-033-226（ナビダイヤル※通話料がかかります）

受付時間：24時間対応

相談内容：副反応が現れた場合など、医学的なご相談。

専門知識を有する医師や看護師などが相談に応じます。

新型コロナワクチン接種の予診票の書き方

ワクチン接種にあたって、事前に予診票のご記入をお願いします。

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 | 大阪 都 道 府 箕面 市 区 村 | 〒 | 001-2-3 |
| フリガナ | ミノオ ハナコ | 電話番号 | (072) xxx-xxxx |
| 氏名 | 箕面 花子 | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 |
| 生年月日(西暦) | 19xx年01月31日生(満68歳) | 診察前の体温 | 度 分 |

※左側に合わせ、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)

ご記入不要です。
会場で体温を測ります。

| 質問事項 | はい | いいえ |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 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 checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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 checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 『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 checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 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"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状() | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 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"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 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"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 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"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 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"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 今日の予防接種について質問がありますか。 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

「いいえ」にチェックした場合、接種済証を確認して月日を記載してください。

上の質問で「はい」にチェックした場合は、必ずどちらかにチェックしてください。
「いいえ」の場合やチェックがない場合は、接種できないことがあります。

| | |
|-------|---|
| 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。 <input type="checkbox"/> 被接種者は6歳未満である(該当する場合は塗りつぶしてください) |
|-------|---|

同封の説明書を読み、理解した上で接種される方は、「接種を希望します」にチェックし、お名前をご記入ください。

| | |
|--|---|
| 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 checked="" type="checkbox"/> 接種を希望します) |
| 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。 | 2021年 6月20日 被接種者又は保護者自署 箕面 花子 <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16歳未満の場合は保護者自署、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 |
| シール貼付位置 | | ml | | 2021年 6月 20日 | |
| ※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 | | | | 接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日 2021年 6月 20日 | |

接種日(今日の日付)を西暦でご記入ください。

スムーズな接種が行えるよう、ご協力をお願いいたします

5 接種に関する注意事項

- 過去に注射や採血等で具合が悪くなった方は、予診の際に必ずお伝えください。
- スムーズな接種のため、待機中にできるだけ上着を脱ぎ、肩を出せるようご準備ください。
- 接種ブースへ入りましたら、手荷物等はかごの中へお入れください。
- 接種後に15分、また基礎疾患等のある方は30分程度、経過観察を行います。会話はお控えいただき、体調が悪い時は遠慮なく係の者にお伝えください。
- 経過観察時間が経過して、体調に異常がない方は速やかにご退場をお願いいたします。

6 帰宅後の注意事項

- 注射した部分は清潔に保ってください。
- 接種当日の入浴は問題ありませんが、注射した部分は擦らないようにしてください。
- 当日の激しい運動は控えてください。
- 接種後は一時的に発熱や筋肉痛などがみられる場合がございます。気になる症状が出現した場合は、[前ページの埼玉県新型コロナワクチン専門相談窓口](#)にご相談ください。

7 予防接種健康被害救済制度について

- 予防接種後の副反応による健康被害は、極めて稀に発生する場合があります。接種によって健康被害が生じたと厚生労働大臣が認めた方に対しては、国の負担により救済給付を行うこととなっています。詳細はお住まいの市町村にお尋ねください。

8 ワクチン接種に関する問合せ

- ワクチン接種に関するお問い合わせ・ご予約はこちらをご利用ください。



- 狭山市ホームページ

<https://www.city.sayama.saitama.jp/kinkyu/coronavirus/vakzin/covid-19wakuchin.html>

- 狭山市コロナワクチンコールセンター

TEL：0570-077-380（ナビダイヤル ※通話料がかかります）

受付時間：8:30~17:15（土日・祝日を除く）

<お電話でのお問い合わせが困難な方はご利用ください>

FAX：049-241-3492

MAIL：sayama_vaccine@jtb.com



医療法人社団清心会 至聖病院
〒350-1332 埼玉県狭山市下奥富1221
TEL:04-2952-1000 FAX:04-29521003

