

新型コロナワクチン接種について

新型コロナワクチンは2回接種が必要です。

2回目は1回目接種から三週間後の同じ曜日の予約になるため1回目、2回目ともにご都合がつく日程でご予約ください。

1回目のみあきる野市新型コロナワクチン接種コールセンターまたは予約サイトからご予約ください。

2回目は1回目接種時、当院でご案内致します。

接種の意思

ワクチンの接種は、ワクチンに関する情報提供をした上で、本人の同意がある場合に限り接種を行うもので、強制ではありません。

接種費用

全額公費で負担するため、自己負担はありません。

当日の持ち物

ワクチン接種券(クーポン券)

予診票

本人確認書類(健康保険証、運転免許証など)

(注釈) 接種券と予診票は、各市町村より優先順位ごとに皆様にお送りします。

なお、予診票については接種会場の円滑な運営のため、事前にご記入の上、ご持参ください。

質問事項		回答欄	医師記入欄
<p>※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。</p> <p>住民票に記載されている住所 都道府県 市区町村</p> <p>フリガナ () 氏名 電話番号</p> <p>生年月日(西暦) 年 月 日生(満 歳) 男・女 診察前の体温 度 分</p>			
<p>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)</p>		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<p>(クーポン貼付)</p>
<p>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。</p>		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<p>「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。</p>		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<p>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 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:)</p>		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<p>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()</p>		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<p>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。</p>		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<p>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()</p>		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<p>今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状()</p>		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<p>けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。</p>		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<p>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()</p>		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<p>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()</p>		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<p>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。</p>		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<p>2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類() 受けた日()</p>		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<p>今日の予防接種について質問がありますか。</p>		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<p>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)</p>		<p>医師署名又は記名押印</p>	
<p>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。</p>			
<p>ワクチン名・ロット番号</p>		<p>接種量</p>	<p>実施場所・医師名・接種年月日</p>
<p>※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</p>		<p>ml</p>	<p>実施場所 医療機関等コード 接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日 202 年 月 日</p>

予診票は、接種会場に来る前に記載しておくことを、おすすめします。

説明書を読みご理解頂いたら、「はい」にチェックをしてください。理解できない場合は前もって市町村の相談窓口などに相談してご理解いただくようお願いいたします。

事前に、ご自身の疾患や投薬などについて、主治医やご家族にご確認ください。該当する疾患がある場合、主治医の先生に相談して予防接種を受けてよいか相談しておいてください。

最近の病歴や現在の治療薬、アレルギー症状などについては、事前にご自身またはご家族が予診票に記入しておいてください。

質問がある方は、可能な限り、接種会場に来場するまでに、市町村の相談窓口などへ問い合わせを行っておいてください。

記載されている文章を読んで、接種を希望する場合は「接種に希望します」にチェックして、その下に予診票を記入した日付を記入し、署名を行ってください。