

3回目接種 予診票記入のポイント

2枚目
チラシ

印字されている住所、名前、生年月日に間違いがないか確認してください。※電話番号、年齢、性別はご自身でご記入ください

「診察前の体温」は当日接種場所で検温後に記入します。
※ただし、接種場所に向かうにあたっての検温は必要です。接種場所に向かう前に検温して、発熱(37.5℃以上)がある場合は、接種を控えましょう。

印字されている接種日、ワクチンに間違いがないか確認してください。

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票 (追加接種用)
※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 福岡 都 道 県 小郡 区 町 村 小郡255-1	氏名 おごおり たろう 小郡 太郎	電話番号 (0942) 72-2111	診察前の体温 <input type="text"/> ℃ <input type="text"/> 分
生年月日(西暦) 1974年08月02日生(満47歳)	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
質問事項 新型コロナウイルスワクチンの接種を受けたことがありますか。 接種日(1回目: 2021年 6月 1日, 2回目: 2021年 6月 22日) 接種を受けたワクチン(1回目 ファイザー 2回目 ファイザー)	回答欄 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	医師記入欄	
現時点で住民票のある市町村と、接種券又は右上の請求先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		
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"/> 毛細血管漏出症候群 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/>		
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"/>		
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"/>		
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状()	<input 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"/>		
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"/>		
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"/>		
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"/>		
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"/>		
今日の予防接種について質問がありますか。	<input type="checkbox"/>		
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、その他接種後注意すべき点について説明しました。			
医療機関 記入欄 時間外(受付時間) () 休日 () 小児(6歳未満) () 予備の () 予備の ()			
記入しないでください			
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 被接種者又は保護者自署 (※自署できない場合は代理人が署名し、代理人氏名及び被接種者との関係を記載) (※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被後見人自署)			
記入しないでください			
ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所	実施年月日
シール貼付位置		実施場所	実施年月日
※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るが確認			
2022年 月 日			

「はい」にチェックされた方は病名、症状なども記入してください。

印字されている接種日、ワクチンに間違いがない場合は「はい」にチェックを入れてください。間違えている場合は、0942-72-6666(小郡市健康課)までお電話ください。今後の手続きについてご案内します。

接種についての説明を受け、接種の効果や副反応などについて理解してから、記入します。

特に接種をおすすめする方

- ・高齢者、基礎疾患を有する方などの「重症化リスクが高い方」
- ・重症化リスクが高い方の関係者・介助者(介護従事者など)などの「重症化リスクが高い方との接触が多い方」
- ・医療従事者などの職業上の理由などにより「ウイルス曝露リスクが高い方」

小郡市以外での接種について

- 入院・入所中の方⇒入院・入所先で接種が可能です。医療機関や施設へご相談ください。
- 基礎疾患で治療中の医療機関でワクチンを受けたい方⇒治療中の医療機関へご相談ください。
- 単身赴任等、やむを得ない理由で市外で接種を受けたい方⇒接種をする際に、接種医療機関等が所在する市町村が発行する「住所地外接種届出済証」の持参が必要です。申請手続きについては、接種を受けたい医療機関等が所在する市町村の相談窓口にお問い合わせください。

なお、コロナワクチンナビからも申請することができます。申請用ページより、医療機関等所在地の市町村に対して、住所地外接種を希望する旨を申請してください。

接種総合案内サイト「コロナワクチンナビ」
(URL <https://v-sys.mhlw.go.jp>)



ワクチンを受けるにはご本人の同意が必要です

ワクチンの接種は、強制ではありません。接種による感染症予防の効果と副反応のリスクの双方について理解した上で、ご自身の意思で接種を受けていただきます。受ける方の同意なく、接種が行われることはありません。現在、何かの病気で治療中の方や、体調など接種に不安がある方は、かかりつけ医等とご相談の上、ワクチンを受けるかお考えください。また、職場や周りの人などに接種を強制したり、接種を受けていない人に差別的な扱いをすることのないようお願いいたします。

接種を受けた後に副反応が起きた場合の予防接種健康被害救済制度

一般的に、ワクチン接種では、副反応による健康被害(病気になったり障害が残ったりすること)が、きわめて稀ではあるものの、なくすことができないことから、救済制度が設けられています。

万が一、接種による健康被害が発生した場合には、市にご相談ください。

接種を受けた後も感染予防対策の継続をお願いします

新型コロナワクチンは、新型コロナウイルス感染症の発症を予防する高い効果が確認されていますが、その効果は100%ではありません。また、ウイルスの変異による影響もあります。「3つの密(密集・密接・密閉)」の回避、マスクの着用、石けんによる手洗いや手指消毒用アルコールによる消毒の励行など感染予防対策の継続をお願いします。

この手紙の内容は、小郡市ホームページ「やさしい日本語」のページでみる您可以通过。英語、中国語、韓国語、ネパール語、タガログ語などで相談したいときは、0120-014-231 (月曜日から金曜日(祝日を除く) 9:00~18:00) に電話してください。



お問合せはこちら

接種手続きに関すること
小郡市新型コロナワクチン
コールセンター

☎0120-014-231

時間 午前9時~午後6時
※土日祝を除く

ワクチン制度全般に関すること
厚生労働省新型コロナワクチン
コールセンター

☎0120-761-770

時間 午前9時~午後9時
※土日祝を含む

副反応やワクチンの安全性などの相談
福岡県新型コロナワクチン
専用ダイヤル(薬剤師が対応)

☎0570-072-972

時間 24時間
※土日祝を含む