

# 新型コロナウイルス 接種のお知らせ

接種費用  
**無料**  
(全額公費)



## ワクチン接種までの流れ

### 1 接種可能な時期を確認する

新型コロナウイルスワクチンは、**医療従事者等、高齢者、基礎疾患のある方等**から順次接種を開始する予定です。ご自身の接種の順番をご確認いただき、順番が来るまでお待ちください。

※霧島市ホームページ、霧島市コロナワクチンコールセンターでもご確認いただけます。

※高齢者や基礎疾患のある方の範囲は裏面をご覧ください。

※少しお待ちいただく可能性はありますが、接種を希望されるすべての方が接種できるように、ワクチンは順次供給されます。安心してお待ちください。

### 2 医療機関/接種会場を探す

霧島市ホームページや霧島市コロナワクチンコールセンターで、ワクチンを受けることができる医療機関や接種会場を探しましょう。

詳しくは右の「霧島市ホームページ」をご確認ください。



「霧島市ホームページ」  
QRコード※

※QRコードは株式会社デンソーウェーブの登録商標です。

### 3 予約して、ワクチンを受ける

ワクチンを受けたい医療機関/市が設ける会場によって予約方法が異なりますので、詳しくは霧島市ホームページや霧島市コロナワクチンコールセンターでご確認ください。

霧島市コロナワクチンコールセンター

**0570-025-679**

(平日 9:00~17:00)



当日の  
持ち物

- ・クーポン券(このお知らせに同封されています)
- ・本人確認書類(運転免許証、健康保険証等)



※接種前にご自宅で体温を測定し、明らかな発熱がある場合や体調が悪い場合などは、接種を控え、予約した医療機関または霧島市コロナワクチンコールセンターにご連絡ください。

※肩を出しやすい服装でお越しください。

※ワクチンの効果を十分得るために、同じ種類のワクチンを一定の間隔を空けて2回受ける必要があります。1回目を受けた際、次回接種の予約をお願いいたします。

※同封されたクーポン券は、2回分の「接種券」や「予防接種済証」が1枚になっています。毎回、切りはなさず台紙ごとお持ちください。

## ◎高齢者の接種開始

令和3年度中に65歳に達する方(昭和32年4月1日以前に生まれた方)から接種を予定していますが、そのなかでさらに時期を分けることもあります。

## ◎基礎疾患のある方とは

基礎疾患のある方は、高齢者の次に接種が開始される予定です。基礎疾患のある方とは、次のいずれかにあてはまる方です(令和3年3月19日時点)。

### 1. 以下の病気や状態の方で、通院/入院している方

- |  |  |
|--|--|
| 1. 慢性の呼吸器の病気                             | 8. ステロイドなど、免疫の機能を低下させる治療を受けている   |
| 2. 慢性の心臓病(高血圧を含む。)                       | 9. 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患  |
| 3. 慢性の腎臓病                                | 10. 神経疾患や神経筋疾患が原因で身体の機能が衰えた状態(呼吸障害等)   |
| 4. 慢性の肝臓病(肝硬変等)                          | 11. 染色体異常  |
| 5. インスリンや飲み薬で治療中の糖尿病<br>又は他の病気を併発している糖尿病 | 12. 重症心身障害(重度の肢体不自由と重度の知的障害とが重複した状態)   |
| 6. 血液の病気(ただし、鉄欠乏性貧血を除く。)                 | 13. 睡眠時無呼吸症候群  |
| 7. 免疫の機能が低下する病気<br>(治療中の悪性腫瘍を含む。)        | 14. 重い精神疾患(精神疾患の治療のため入院している、精神障害者保健福祉<br>手帳を所持している、又は自立支援医療(精神通院医療)で「重度かつ継続」<br>に該当する場合)や知的障害(療育手帳を所持している場合) |

### 2. 基準(BMI 30以上)を満たす肥満の方

※BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)

※BMI 30の目安:身長170cmで体重87kg、身長160cmで体重77kg

なお、同じ時期に、高齢者施設等の従事者への接種も開始される予定です。

## ◎住民票がある場所(住所地)以外での接種について

- ・ 入院・入所中の医療機関や施設でワクチンを受ける方 → 医療機関や施設でご相談ください。
- ・ 基礎疾患で治療中の医療機関でワクチンを受ける方 → 医療機関でご相談ください。
- ・ お住まいが住所地と異なる方 → 実際にお住まいの地域でワクチンを受けられる場合があります。  
霧島市ホームページや霧島市コロナワクチンコールセンターにお問い合わせください。

## ◎ワクチンを受けるにはご本人の同意が必要です

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どうかお考えください。

新型コロナワクチンの有効性・安全性などの詳しい情報  
については、[首相官邸ワクチン特設ページ](#)をご覧ください。

官邸 コロナ ワクチン 検索



ホームページをご覧になれない場合は、霧島市コロナワクチンコールセンターにご相談ください。

お問い合わせ先

霧島市 コロナワクチンコールセンター

TEL **0570-025-679** (平日 9:00~17:00)

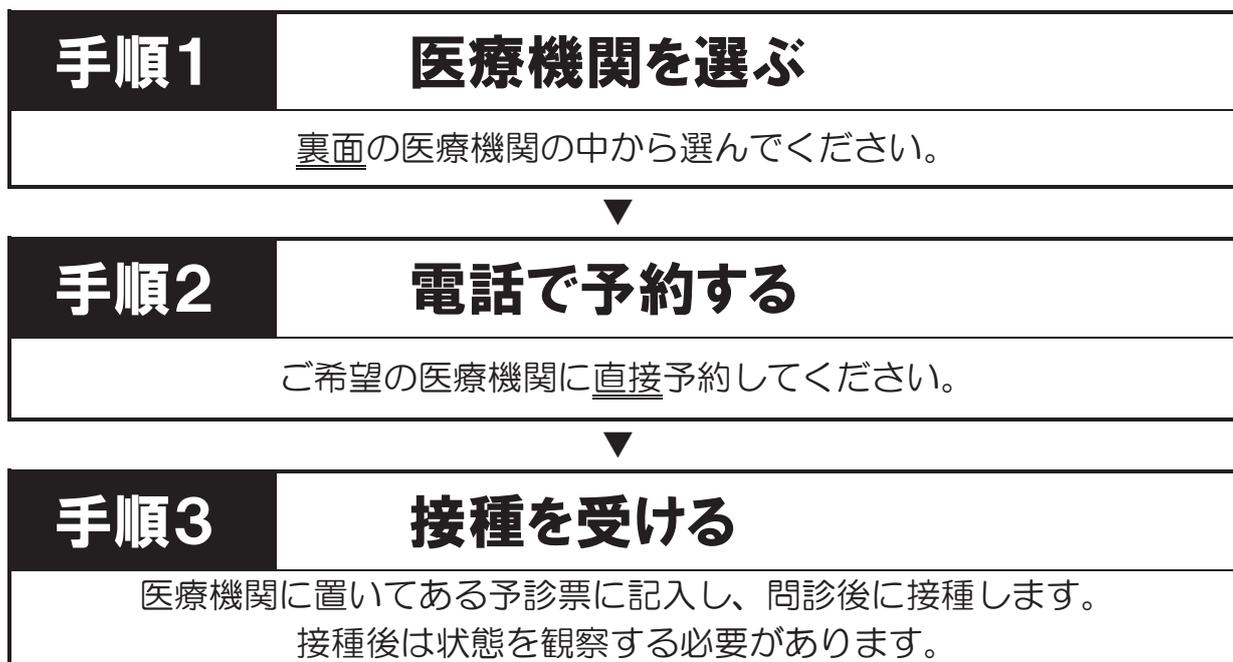
または霧島市のホームページをご確認ください

霧島市 コロナ ワクチン 検索

# ワクチン接種までの流れとお問い合わせ一覧

## ○接種当日に必要な物(費用は無料)

接種券と本人確認書類(運転免許証や健康保険証など)



※接種の予約ができる時期は4月下旬以降を予定しています。また、集団接種が始めるようになりましたら広報誌やホームページなどでお知らせします。

詳しくは霧島市コロナワクチンコールセンター(電話番号:0570-025-679)までお問い合わせください。

※新型コロナワクチンの予防接種の前後に他の予防接種を行う場合は、原則として13日以上の間隔をおく必要があります。

## ◎ワクチン接種についてのお問い合わせ先

電話番号:0570-025-679(受付時間:平日9時~17時)

## ◎聴覚に障がいのある人などのお問い合わせ専用ファックス

FAX番号:0995-55-1608(受付時間:平日9時~17時)

## ◎副反応等の専門的な相談に関すること(コロナ相談かごしま)

電話番号:099-833-3221(受付時間:10時~17時(土日・祝日を含む))

## ◎ワクチン施策の在り方、ワクチンについての情報に関すること

厚生労働省新型コロナワクチンコールセンター

電話番号:0120-761-770(受付時間:9時~21時(土日・祝日を含む))

裏面あり

霧島市新型コロナウイルスワクチン高齢者向け優先接種実施医療機関一覧表

令和3年4月2日時点

地区	医療機関名	電話番号	医療機関住所	地区	医療機関名	電話番号	医療機関住所	
霧島	霧島杉安病院	57-1221	霧島田口2143	隼人	かわの小児科	42-8866	隼人町姫城一丁目119	
	原口耳鼻咽喉科	46-3333	国分中央一丁目21-31		吉玉リウマチ・内科クリニック	42-2755	隼人町見次637-1	
国分	とくしげ耳鼻咽喉科	46-8133	国分中央一丁目26-19		ハートフル隼人病院	42-3121	隼人町住吉100	
	みはらクリニック	46-8202	国分中央一丁目25-15		八反田内科	43-0606	隼人町住吉1353-7	
	石塚内科・胃腸内科	45-0419	国分中央一丁目25-29		永田医院	42-3402	隼人町住吉1893	
	国分中央病院	45-3085	国分中央一丁目25-70		隼人脳神経外科	73-5353	隼人町小田2397-3	
	鶴木医院	45-0011	国分中央三丁目19-15		隼人尚愛会病院	43-2222	隼人町小田240	
	国分生協病院	45-4806	国分中央三丁目38-14		吉満内科クリニック	42-8880	隼人町松永3306-1	
	原口内科消化器科	46-2232	国分中央四丁目15-3		ぎりしま内科リハビリクリニック	64-2222	隼人町松永一丁目36	
	あんず東洋医学クリニック	55-5058	国分中央四丁目17-25-2		たまいクリニック	42-7300	隼人町真孝111	
	国分脳神経外科クリニック	64-0059	国分向花133-2		隼人クリニック	43-5511	隼人町真孝870-3	
	梶原内科	47-3363	国分向花165		松下病院	42-2121	隼人町真孝998	
	みみ・はな・のどとしクリニック	46-4987	国分広瀬一丁目12-18		はやと整形外科	43-6111	隼人町真孝1013	
	井料クリニック	46-9300	国分広瀬二丁目28-40		山下内科クリニック	43-0460	隼人町神宮一丁目20-19	
	国分なかむらクリニック	45-3333	国分山下町18-13		浜崎医院	42-0349	隼人町東郷90	
	清水整形外科医院	47-3939	国分山下町1654-5		島田泌尿器科医院	42-7733	隼人町東郷一丁目296	
	協愛病院	45-6211	国分新町一丁目6-52-6		きくち内科・糖尿病クリニック	55-1086	隼人町内932-1	
	国分外科胃腸科	47-2311	国分府中町13-23		たぐち内科医院	42-0320	隼人町内山田二丁目13-17	
	中川整形外科	48-5633	国分府中町33-17		森クリニック呼吸器科内科	42-8111	隼人町内山田三丁目735	
	霧島記念病院	47-3100	国分福島一丁目5-19		永山医院	42-0109	隼人町姫城一丁目2	
	三輪クリニック	73-3138	国分福島三丁目40-18		隼人温泉病院	42-2151	隼人町姫城一丁目264-2	
	うえぞの内科クリニック	48-6555	国分福島三丁目51-11		日当山温泉東洋医学クリニック	43-3111	隼人町姫城三丁目86	
帖佐クリニック	64-0711	国分福島三丁目5-20	牧園		霧島桜ヶ丘病院	78-3135	牧園町高千穂3617-98	
はやし内科クリニック	47-7611	国分湊394-2			春田医院	76-0053	牧園町宿窪田2072	
きたはらこどもクリニック	64-0677	国分野口西19-31			大庭医院	76-1984	牧園町宿窪田941-1	
福山	プライマリ・ケアむろ内科	46-6611	国分野口西28-52		溝辺	佐藤医院	59-2607	溝辺町有川327-2
	田中内科消化器科	46-6123	国分下井601-1			徳永医院	58-2302	溝辺町麓608-13
	かのう医院	46-9111	国分敷根1373-1			とくだクリニック	64-1717	溝辺町麓1503-1
	牧之原診療所	56-2151	福山町福山5290-29	横川	伊東内科クリニック	72-9088	横川町上ノ3390-16	
八木クリニック	56-3000	福山町福山4516	林内科		72-1818	横川町中ノ238-1		
	福山病院	55-2221	福山町福山771	☎ 電話番号の市外局番は、全て『0995』です。				

◎必ず事前に予約してから受診してください。

◎ワクチンの供給状況、各医療機関の接種体制により、予約の受け入れ状況が異なります。

## 新型コロナワクチン接種券の送付について

新型コロナワクチン接種券について、65歳以上の霧島市民の皆様へ送付します。

対象者は、令和3年3月24日時点で霧島市に住民登録している人のうち、昭和32年4月1日以前に生まれた人になります。

16歳～64歳の方には、国からのワクチン供給量を考慮しながら、準備が整い次第、接種券を送付します。

○接種券は接種する時まで、なくさないように大切に保管してください。

新型コロナウイルス感染症のワクチン接種は、厚生労働大臣の指示のもと、都道府県の協力により、市町村において実施することとされています。

霧島市では、ワクチンの速やかな接種実施に向けて、国からの情報を収集し、県と連携しながら接種体制の整備を進めています。接種開始時期や接種場所などの詳細は、決まり次第、広報誌やホームページなどでお知らせします。

### 1. 接種対象者・順番

ワクチン接種は、現時点では16歳以上の市民が対象となります。

ワクチンは国が全国民分を確保し、順次供給することになるため、感染時に重症化しやすい人など一定の接種順位を決めて接種を行っていきます。現時点では、国が示す年齢・優先順位に基づき、次のような順番でワクチン接種を受けていただく予定です。

- ① 医療従事者等
- ② 65歳以上の高齢者(昭和32年4月1日以前に生まれた方)
- ③ 16～64歳で基礎疾患のある方・高齢者施設等に從事されている方
- ④ 上記①～③以外の方(16歳以上)

### 2. ワクチンの接種時期

ワクチン接種については、4月下旬以降開始予定です。

ワクチン接種には、事前に予約が必要です。

しかし、現在のところ、全国的にワクチンの供給量が限られており、霧島市へ配分されるワクチン量の見通しが立たないため、まだ予約を受け付けていません。

### 3. 接種方法・接種場所

原則として、住民票のある市町村で接種します。

接種は、次の2つの方法で実施予定です。

- ① 市内の医療機関(病院・診療所等)で行う「個別接種」

接種できる医療機関は、別紙の「霧島市新型コロナウイルスワクチン高齢者向け優先接種実施医療機関一覧表」のとおりですが、まだ、予約はできません。

予約は、4月下旬以降に、各医療機関に申し込んでください。

②市が設置する特設会場で行う「**集団接種**」

(イオン隼人国分ショッピングセンターで、6月頃からの開始を予定しています。正式に決まり次第、広報誌やホームページなどでお知らせします。)

## 4. 接種回数・間隔

1人2回同じ種類のワクチンの接種が必要です。

ファイザー社製のワクチンの場合、標準としては1回目の接種から3週間後に2回目の接種を受けることになっています。

## 5. 接種の流れ

※別紙の「ワクチン接種までの流れとお問い合わせ一覧」をご覧ください。

・接種時に必要な物

接種券(切り離さずに台紙ごと持参)

本人確認書類(運転免許証、健康保険証など本人確認ができるもの)

・肩を出しやすい服装でお越しください。

・予診票については各医療機関に準備してあります。

・接種券は接種済証として接種の確認に必要となります。2回接種完了後も大切に保管してください。

## 6. 接種費用

無料です。ワクチン接種には個人負担はありません。

・ワクチン接種に便乗した不審電話など詐欺行為にご注意ください。

保健所や市役所の職員がワクチン接種に関して金銭を要求することはありません。不審な電話などがあった場合は、最寄りの警察署にご相談ください。

## 7. その他

ワクチン接種にあたって注意が必要な人など、ワクチン接種の注意事項については、別紙の「新型コロナワクチン予防接種についての説明書」をご覧ください。

ワクチン接種には、本人の同意が必要です。受ける方の同意なく、接種が行われることはありません。

ワクチンの効果と副反応のリスクについてご理解いただいたうえで、自らの意思で接種を受けていただきます。何ら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、かかりつけ医等にご相談の上、ワクチン接種を受けるかどうかお考えください。

# 新型コロナワクチン予防接種についての説明書

ファイザー社製

## 新型コロナウイルスワクチン接種について

本ワクチンの接種は国と地方自治体による新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）ワクチン接種事業の一環として行われます。本ワクチンの接種は公費対象となり、希望者は無料で接種可能です。なお、本ワクチンは16歳以上の方が対象です。

## ワクチンの効果と投与方法

今回接種するワクチンはファイザー社製のワクチンです。新型コロナウイルス感染症の発症を予防します。

ワクチンを受けた人が受けていない人よりも、新型コロナウイルス感染症を発症した人が少ないということが分かっています。（発症予防効果は約95%と報告されています。）

販売名	コミナティ®筋注
効能・効果	SARS-CoV-2による感染症の予防
接種回数・間隔	2回（通常、3週間の間隔） ※筋肉内に接種
接種対象	16歳以上（16歳未満の人に対する有効性・安全性はまだ明らかになっていません。）
接種量	1回0.3 mLを合計2回

- 1回目の接種後、通常、3週間の間隔で2回目の接種を受けてください。（接種後3週間を超えた場合は、できるだけ速やかに2回目の接種を受けてください。）
- 1回目に本ワクチンを接種した場合は、2回目も必ず同じワクチン接種を受けてください。
- 本ワクチンの接種で十分な免疫ができるのは、2回目の接種を受けてから7日程度経って以降とされています。現時点では感染予防効果は明らかになっていません。ワクチン接種にかかわらず、適切な感染防止策を行う必要があります。

## 予防接種を受けることができない人

下記にあてはまる方は本ワクチンを接種できません。該当すると思われる場合、必ず接種前の診察時に医師へ伝えてください。

- 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重度の過敏症（※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。ただし、37.5℃を下回る場合も平時の体温を鑑みて発熱と判断される場合はこの限りではありません。

（※2） アナフィラキシーや、全身性の皮膚・粘膜症状、喘鳴、呼吸困難、頻脈、血圧低下等、アナフィラキシーを疑わせる複数の症状。

## 予防接種を受けるに当たり注意が必要な人

下記にあてはまる方は本ワクチンの接種について、注意が必要です。該当すると思われる場合は、必ず接種前の診察時に医師へ伝えてください。

- 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、接種後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でた人
- 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

（うらへ続く）

妊娠中、又は妊娠している可能性がある人、授乳されている人は、接種前の診察時に必ず医師へ伝えてください。

本剤には、これまでのワクチンでは使用されたことのない添加剤が含まれています。過去に、薬剤で過敏症やアレルギーを起こしたことがある人は、接種前の診察時に必ず医師へ伝えてください。

### 接種を受けた後の注意点

- 本ワクチンの接種を受けた後、15分以上（過去にアナフィラキシーを含む重いアレルギー症状を起こしたことがある方や、気分が悪くなったり、失神等を起こしたりしたことがある方は30分以上）、接種を受けた施設でお待ちいただき、体調に異常を感じた場合には、速やかに医師へ連絡してください。（急に起こる副反応に対応できます。）
- 注射した部分は清潔に保つようし、接種当日の入浴は問題ありませんが、注射した部分はこす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。

### 副反応について

主な副反応は、注射した部分の痛み、頭痛、関節や筋肉の痛み、疲労、寒気、発熱等があります。また、まれに起こる重大な副反応として、ショックやアナフィラキシーがあります。なお、本ワクチンは、新しい種類のワクチンのため、これまでに明らかになっていない症状が出る可能性があります。接種後に気になる症状を認めた場合は、接種医あるいはかかりつけ医に相談しましょう。

### 予防接種健康被害救済制度について

予防接種では健康被害（病気になったり障害が残ったりすること）が起こることがあります。極めてまれではあるものの、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。

新型コロナワクチンの予防接種によって健康被害が生じた場合にも、予防接種法に基づく救済（医療費・障害年金等の給付）が受けられます。申請に必要な手続きなどについては、住民票がある市町村にご相談ください。

### 新型コロナウイルス感染症について

SARS-CoV-2による感染症が発症すると、熱や咳など風邪によく似た症状がみられます。軽症のまま治癒する人も多い一方、重症化すると、呼吸困難などの肺炎の症状が悪化し、死に至る場合もあります。

### 今回接種する新型コロナウイルスワクチン（ファイザー社製のワクチン）の特徴

本剤はメッセンジャーRNA（mRNA）ワクチンであり、SARS-CoV-2のスパイクタンパク質（ウイルスがヒトの細胞へ侵入するために必要なタンパク質）の設計図となるmRNAを脂質の膜に包んだ製剤です。本剤接種によりmRNAがヒトの細胞内に取り込まれると、このmRNAを基に細胞内でウイルスのスパイクタンパク質が産生され、スパイクタンパク質に対する中和抗体産生及び細胞性免疫応答が誘導されることで、SARS-CoV-2による感染症の予防ができると考えられています。

本剤には、下記の成分が含まれています。

有効成分	◇ トジナメラン（ヒトの細胞膜に結合する働きを持つスパイクタンパク質の全長体をコードするmRNA）
添加物	◇ A L C - 0 3 1 5 : [ ( 4 - ヒドロキシブチル ) アザンジイル ] ビス ( ヘキサン - 6 , 1 - ジイル ) ビス ( 2 - ヘキシルデカン酸エステル ) ◇ A L C - 0 1 5 9 : 2 - [ ( ポリエチレングリコール ) - 2000 ] - N , N - ジテトラデシルアセトアミド ◇ D S P C : 1 , 2 - ジステアロイル - sn - グリセロ - 3 - ホスホコリン ◇ コレステロール ◇ 塩化カリウム ◇ リン酸二水素カリウム ◇ 塩化ナトリウム ◇ リン酸水素ナトリウム二水和物 ◇ 精製白糖

新型コロナワクチンの詳しい情報については、厚生労働省のホームページをご覧ください。

厚労 コロナ ワクチン

検索



ホームページをご覧になれない場合は、お住まいの市町村等にご相談ください。

# 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。

※左隅に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください

住民票に記載されている住所	都 道 市 区 村 府 県 町 村	
フリガナ		電話番号 ( ) -
氏 名		
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

(クーポン貼付)

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: )	<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 )	医師署名又は記名押印
	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)	

## 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。(  接種を希望します ・  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筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との捺印を記載)  
(※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)

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 202 年 月 日

# 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。

※左欄に合わせ、点線に沿ってまっすぐに

太枠部分はすべて埋めてください。

クーポン券は貼らずに接種当日に受付にお渡ししてください

**要チェック!**

当院がかかりつけでない方は**必ず主治医**へ接種していかご確認ください。

わからない項目は接種当日に受付にお尋ねください。

当日朝の体温を記入してください。**要チェック!**

設問を読んで、該当する項目にチェックをつけてください。

**要チェック!**

上記をすべて読んだうえでサインしてください。

住民票に記載されている住所	鹿児島 都 道 霧島 市 区 町 村 国分中央〇丁目△番地	貼り付けてください (クーポン貼付)
フリガナ	生協 太郎	
氏名	電話番号 (0995) 45-0000	
生年月日 (西暦)	1956年01月31日生 (満65歳)	診察前の体温 <input type="text"/> 度 <input type="text"/> 分
性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 <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"/> 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 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)	医師署名又は記名押印
<b>新型コロナワクチン接種希望書</b> 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・ <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。 2021年 4 月 〇 日 被接種者又は 生協 太郎 保護者自署 <small>(※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び接種場所との捺印を記載) (※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被保護者の場合は本人又は成年後見人自署)</small>		
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
※枠に合わせてまっすぐに貼って付けてください (注)有効期限が切れていないか確認	<input type="checkbox"/> ml	医師名
医師記入欄	医療機関等コード	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
		2022 年 月 日