

# コロナワクチン接種について

当院ではコロナワクチンの接種を行っております。接種をご希望の方は事前にご予約が必要です。コロナワクチンは1回目接種日から基本的に3週間後に2回目を接種することで免疫を得られますが、1回目接種時に副作用が強く出た場合はお問い合わせください。

## ●接種受付時間について

一般診療時間（診察と合わせて接種の方、接種のみの方も対象）

平日午前	9：00～12：00
平日午後	15：00～18：00

接種専用時間帯（接種のみの方も対象）

月・火・金	14：30～15：00
土曜	13：30～14：00

## ●持ち物について

- ①接種券（台紙から剥がさずそのままお持ちください）
- ②予診票（事前にボールペンで記入してきてください）
- ③本人確認できるもの（健康保険証、運転免許証、マイナンバーカードのいずれか1つ）

接種券	診察した接種できない場合	新型コロナウイルスワクチン 予防接種済証（備考） Certificate of Vaccination for COVID-19																																																																				
<table border="1"> <tr><td>接種券</td><td>2</td><td>ワクチン接種</td><td>1</td><td>回目</td></tr> <tr><td>接種券</td><td>008008</td><td>123456</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>接種券</td><td>1234567890</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>氏名</td><td>漢字 英語</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>  OCRライン（読取）	接種券	2	ワクチン接種	1	回目	接種券	008008	123456			接種券	1234567890				氏名	漢字 英語				<table border="1"> <tr><td>接種券</td><td>1</td><td>予防のみ</td><td>1</td><td>回目</td></tr> <tr><td>接種券</td><td>008008</td><td>123456</td><td>123456</td><td></td></tr> <tr><td>接種券</td><td>1234567890</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>氏名</td><td>漢字 英語</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>  OCRライン（読取）	接種券	1	予防のみ	1	回目	接種券	008008	123456	123456		接種券	1234567890				氏名	漢字 英語				<table border="1"> <tr><td>1回目</td><td>接種券</td><td>2021年</td><td>01月</td><td>10日</td><td>接種場所</td><td>〒100-0001 東京都千代田区千代田</td></tr> <tr><td>2回目</td><td>接種券</td><td>2021年</td><td>02月</td><td>10日</td><td>接種場所</td><td>〒100-0001 東京都千代田区千代田</td></tr> <tr><td>氏名</td><td>漢字 英語</td><td>性別</td><td>00800800</td><td>001-99</td><td>生年月日</td><td>00年 00月 00日 年</td></tr> <tr><td>住所</td><td>00000000</td><td>日本 一都</td><td colspan="4"></td></tr> </table>	1回目	接種券	2021年	01月	10日	接種場所	〒100-0001 東京都千代田区千代田	2回目	接種券	2021年	02月	10日	接種場所	〒100-0001 東京都千代田区千代田	氏名	漢字 英語	性別	00800800	001-99	生年月日	00年 00月 00日 年	住所	00000000	日本 一都				
接種券	2	ワクチン接種	1	回目																																																																		
接種券	008008	123456																																																																				
接種券	1234567890																																																																					
氏名	漢字 英語																																																																					
接種券	1	予防のみ	1	回目																																																																		
接種券	008008	123456	123456																																																																			
接種券	1234567890																																																																					
氏名	漢字 英語																																																																					
1回目	接種券	2021年	01月	10日	接種場所	〒100-0001 東京都千代田区千代田																																																																
2回目	接種券	2021年	02月	10日	接種場所	〒100-0001 東京都千代田区千代田																																																																
氏名	漢字 英語	性別	00800800	001-99	生年月日	00年 00月 00日 年																																																																
住所	00000000	日本 一都																																																																				

**接種を受ける方へ**  
 ●シールは剥がさず、台紙ごと接種場所へお持ちください。  
 ●右側の予防接種済証は接種が終わった後も大切に保管してください。

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票		
※本院内にご記入またはチェック印を入れてください。		
<b>これは見本です</b>		
氏名	姓 <input type="text"/> 名 <input type="text"/>	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="text"/> 生 <input type="checkbox"/> 誕 <input type="checkbox"/> 日	接種券の添付 <input type="checkbox"/> 添 <input type="checkbox"/> 付
接種券番号	<input type="text"/>	医師記入欄
新型コロナウイルスワクチンの接種を初めて受けますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ （接種を受けたことがある場合 1回目 月 日、2回目 月 日）		
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		
「新型コロナウイルスの説明書」を記入し、効果や副作用などについて理解しましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
接種施設の上位なる対象グループに属していますか。 <input type="checkbox"/> 医療従事者等（医師以上） <input type="checkbox"/> 50-64歳 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等の従事者 <input type="checkbox"/> その他（所属を記入してください）		
現在、何らかの病気にかかっているか、治療（投薬など）を受けていますか。 病 名 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 血液病 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 免疫不全 <input type="checkbox"/> その他		
治療内容 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 薬を服用している家 <input type="checkbox"/> その他		
その病気を治してしまっている医師に今日の予防接種を受けてよいと書かれたことがありますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
最近1か月以内に熱が出たり、病気がかかったりしましたか。 病名 <input type="text"/>		
今日、体に具合が悪くることがありますか。 症状 <input type="text"/>		
けいれん（ひきつけ）を経験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、重いアレルギー反応（アナフィラキシーなど）を起こしたことがありますか。 薬・食品などアレルギー反応になったもの <input type="text"/>		
この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 <input type="text"/>		
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 <input type="text"/> 受けた日 <input type="text"/>		
今日、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		
以上が所診及び接種の概要。今日の接種は <input type="checkbox"/> 可能・ <input type="checkbox"/> 可能外です。		
医師記入欄	本人に対して、接種の意義、副反応及び予防接種接種接種効果等について説明し、	医師署名又は署名押印
<b>新型コロナウイルスワクチン接種同意書</b> 医師の説明・説明を受け、接種の意義や副反応などについて理解した上で、接種を希望します。 <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、本予診票を医師、施設長に提出し、接種を受けることに同意します。		
ワクチン名（ローマ字）	接種場所	接種券番号
<input type="checkbox"/> mRNA	<input type="checkbox"/> mRNA	<input type="text"/>
※特に合わせて必ず記入してください。 （※有効期限が切れたい場合）	医師署名	接種日時 年 月 日 時 分
	<input type="text"/>	2021 年 01 月 10 日

予診票

## ●当日の服装

接種箇所は利き腕と反対の腕の肩になります。肩が出しやすい服装でお越しください。



## ●接種当日の流れ

①受付に接種券・予診票・本人確認できるもの（健康保険証・運転免許証・マイナンバーカードのいずれか）を提出してください。この際に受付で検温いたします。



②接種場所にご案内いたします。（診療時間内は診察室か処置室になります。）



③接種後は 15 分間待機をお願いします。体調が悪くなった場合はスタッフにお申し出ください。



④接種費用は無料です。待機時間を過ぎ、体調に変わりないようであればそのままご帰宅ください。

## ●予約のキャンセル・変更について

1 日のワクチン数が確定しております。

当日、体調が悪く接種を受けられない場合をのぞき、予約のキャンセル・変更は前日までにご連絡ください。