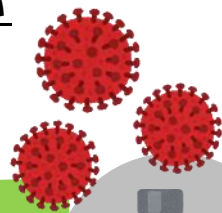


本紙は65歳以上の方は必ずご覧ください



65歳以上の高齢者の方へ

新型コロナワクチンについてお知らせします **パート2**

接種券の郵送は4月中旬以降

以前に「3月中旬以降に【接種券】が郵送されます」とお知らせしましたが、ワクチン供給の都合により、接種券の郵送は**4月中旬以降の郵送**となります。

接種の時期と場所は？

ワクチンが国から届き次第接種開始となるため、まずは集団接種として**5月の連休明けごろより接種を開始**する予定です。

接種場所は**へるすぴあ(村健康保健センター)**で、予約制となります。ワクチンの供給が安定しましたら、他の医療機関でも接種が可能となる予定です。

ワクチン専用コールセンター

村のワクチンコールセンターが設置されました
専任のスタッフに繋がる専用ダイヤルとなります。

0248-94-8892

不明な点などお問
い合わせください

注意

「ワクチン接種のために必要」とかたり、金銭や個人情報などをだましとろうとする不審電話等にご注意ください！

(裏面に「予診票」の注意事項があります)

天栄村新型コロナウイルスワクチン接種対策プロジェクトチーム

掲載されている情報は、3月26日現在のものです

「予診票」についてのお願い

4月中旬以降にご自宅に「接種券」と一緒に「予診票」が郵送されます。
 ワクチンを接種する当日は「接種券」と「予診票」を持参します。
 接種する医療機関や会場での滞在時間を短縮するために、
 「予診票」はなるべく自宅での事前の記入をお願いいたします。

新型コロナウイルス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)

そのなかでも特に事前確認が必要なところがあります。あらかじめかかりつけ医に確認しておいてください。

住民票に記載されている住所	都 道 府 県	市 区 町 村
フリガナ	氏 名	電 話 番 号
生年月日 (西暦)	年 月 日 日生 (満 歳)	<input 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)		
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。		
「新型コロナウイルスワクチンの説明書」を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。		
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:)		
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()		
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。		
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()		
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状()		
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。		
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()		
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()		
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。		
2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類() 受けた日()		
今日の予防接種について質問がありますか。		
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。	医師署名又は記号押印
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続柄を記載) (※被接種者が成年被接種者の場合は本人又は成年被接種者)

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: 心臓病 腎臓病 肝臓病 血液疾患 血が止まりにくい病気 免疫不全
 その他()

治療内容: 血をサラサラにする薬() その他()

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。

現在、何らかの病気で病院等に通院している方は、そのかかりつけの医師に「新型コロナウイルスワクチンを接種してよいか」を聞き、「受けてよい」と言われたかどうかの確認が必要となります。