

ご家族様  
関係者各位

2022年7月12日

## 新型コロナウイルスワクチン4回目接種について

甲南介護老人保健施設  
施設長 井上 智夫

日頃は、当施設の運営にご協力頂きありがとうございます。

当施設では、8月上旬頃より、4回目の新型コロナウイルスワクチンの施設内接種を開始予定です。ワクチン接種をご希望の方は、各自治体より郵送されます「追加接種用の予診票、接種記録書」を、当施設1階受付に提出もしくは郵送をお願いします。その際、予診票の必要事項を記入の上、提出下さい。

なお、ワクチン接種は、「追加接種用の予診票、接種記録書」が届き、入所者様の体調を確認しながら、順次行いますので、ご希望の方はワクチン準備の都合上、7月末日までの提出をお願いします。

ご不明な点がございましたら、ご連絡下さい。

電話番号 078-858-1180 (代表)

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

※本施設内に記入された場合は、この欄を記入する必要はありません。

自治体 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> 市 区 町 村 <input type="text"/>	氏名 <input type="text"/>	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢 歳 <input type="text"/>	接種前の体温 ℃ <input type="text"/>	分 <input type="text"/>
接種回数(回) <input type="text"/> 前回の接種日( )年( )月( )日	前回の接種種別( )	<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、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			
「新型コロナウイルスの説明書」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。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
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"/> 毛細血管出血傾向 <input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
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			
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 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。					
接種希望 記入欄 <input type="checkbox"/> 接種希望(受付時間) <input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> 小児医療未済 <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> 子供					
新型コロナウイルス接種希望書 医師の説明を受け、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。					
接種希望者又は 保護者名 氏名 <input type="text"/> 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> 市 区 町 村 <input type="text"/> 電話番号 <input type="text"/>					
ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所・区画名・接種年月日	実施場所	接種開始コード	
接種年月日	接種量	実施場所	接種開始コード		
接種年月日	接種量	実施場所	接種開始コード		

提出の際、予診票の黒枠で囲んだ部分を記入の上、提出してください。特に新型コロナウイルスワクチン接種希望書の欄は必ず記入して下さい。