

令和4年7月

ご利用者・ご家族各位

社会福祉法人 晋栄福祉会
特別養護老人ホーム 高山ちどり
施設長 近藤 光

新型コロナウイルスワクチン追加接種（4回目）のお知らせ

平素は格別のご高配を賜り、誠にありがとうございます。

さて、自治体よりワクチン接種に関するご案内がお手元に届いているかと思
います。自治体によってはまだ届いていないことも考えられますが、お手元
に届きましたら至急ご確認頂きますようお願い致します。

今回のワクチン接種においても公費対象となり、希望者は高山ちどり診療所
医師にて接種が可能です。

当施設におきましてもクラスター防止の点から、ご入居の皆様にワクチン接
種をお願いしております。蔓延予防と、重症化の予防のためにできる限り受
けていただきますようご承知下さい。

なお、生駒市より武田/モデルナ社ワクチンを実施致します。

記

1 対象：1～3回目を接種しておられる方で希望される方

- 問診により接種を受けることが出来ない場合があります。
- 持病をお持ちの場合、当診療所医師の判断で医療機関での接種をお願い
する場合があります。
- 初回の接種を希望される場合は、ご家族様にて集団接種会場のご予約を
お願いします。

2 日時：9月中旬予定：3回目の接種から5か月経過が必要なため。

※お手数ですが、8/31（水）までに郵送もしくはご持参をお願い致します。
(接種を希望しない場合もご提出ください)。

ご不明な点がございましたら担当までご連絡ください。

担当：（生活相談員）：中元・井寺

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

住民票に 記載されて いる住所	都 道 市 区 府 県 町 村		
フリガナ 氏 名	電話 番号	()	-
生年月日 (西暦)	年	月	日生(満 歳)
	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	診察前の体温

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受けたことがありますか。 接種回数(回) 前回の接種日(年 月 日) 前回接種を受けた新型コロナワクチンの種類()	<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() 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	

必ずどちらかに☑を入
れて下さい

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
医療機関 記入欄	時間外(受付時間 :) 休日 <input type="checkbox"/> 小児(6歳未

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、代筆者氏名及び捺印と捺印の捺印) (※捺印が16歳未満の場合は本人又は成年後見人自署)

予診票を記入した日付けを記入してください
ご本人氏名、代筆者氏名及び続柄を記入して下さい。

ワクチン名・ロ	接種回数	接種日	接種場所	接種券番号	接種券有効期限
医師記入欄	シール貼付				