# 新型コロナウイルス感染症 関連情報

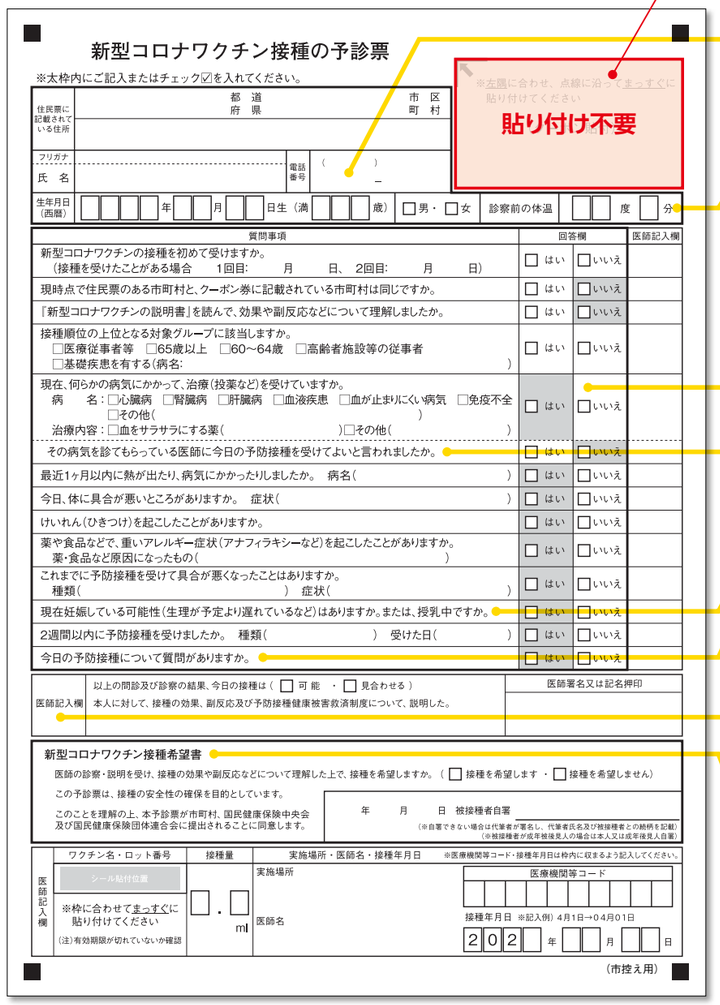
## 新型コロナウイルスワクチン 予診票の書き方と接種券優先発送の申請を受け付け

**問新型コロナウイルスワクチン接種専用ダイヤル　☎046(235)8320**

**ワクチン接種に向け、予診票の書き方の注意点をお知らせします。また、60歳未満で基礎疾患がある方と高齢者施設などに従事している方のワクチン接種を優先するため、接種券発送の申請を受け付けます。ワクチン接種に関するQ&Aは8頁をご覧ください。**

### 予診票の書き方の注意点

ワクチン接種の予約後、予診票を記入してください。同封の接種券のシールは予診票と一緒に接種会場へ持参してください。



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。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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　日生（満　歳） | □男・□女 | 診察前の体温　度　分 |

※左題に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください

貼り付け不要

| 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） | □はい | □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。 | □はい | □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。 | □はい | □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。□医療従事者等　□65歳以上　□60～64歳　□高齢者施設等の従事者　□基礎疾患を有する（病名:　） | □はい | □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:□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（　） | □はい | □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。 | □はい | □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（　） | □はい | □いいえ | |
| 今日、体に具合が悪いところがありますか。　症状（　） | □はい | □いいえ | |
| けいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか。 | □はい | □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（　） | □はい | □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（　） | □はい | □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。 | □はい | □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（　） | □はい | □いいえ | |
| 今日の予防接種について質問がありますか。 | □はい | □いいえ | |

| 医師記入欄 | | 医師署名又は記名押印 |
|---|---|---|
| | 以上の問診及び診察の結果、今日の接種は（□可能・□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。 | |

**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。 |
|---|---|---|---|
| | シール貼付位置 ※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　医療機関等コード　医師名　接種年月日 ※記入例）4月1日→04月01日　2021年　月　日 |

（市控え用）

- **電話番号**は、日中に通じる電話番号を記入してください。
- **体温**は、当日の朝に測定してください。37.5度以上の方は接種できません。新型コロナウイルスワクチン接種専用ダイヤル（☎046・235・8320）へ連絡してください。

**質問事項・回答欄**

- 「いいえ」と答えた方は次の項目は回答不要です。
- 持病がある方や通院中の方は、定期的に通院している医療機関に事前に相談してください。接種できないことがあります。
- 女性のみ回答してください。
- 「はい」と答えた方は接種会場で質問してください。

接種券のシールは接種後に会場で貼り付けます。予診票には貼らないでください。

- **医師記入欄**は、記入不要です。接種当日、医師が記入します。
- 接種する場合は**接種希望書**の「接種を希望します」にチェックしてください。接種当日の日付を記入し、署名してください。



## 60歳未満で基礎疾患がある方など接種券優先発送の申請を受け付け

60歳未満（昭和37年4月2日以降生まれ）で基礎疾患がある方と高齢者施設などに従事している方は、優先してワクチン接種ができます。希望する方は、申請してください。60歳から64歳までの方と同時期に接種券を発送します。発送時期は決まり次第本誌でお知らせします。なお、基礎疾患がある方は事前に定期的に通院している医療機関に相談してください。

### 基礎疾患のある方

**◆次の病気や状態で、通院・入院している方**

① 慢性の呼吸器の病気
② 慢性の心臓病（高血圧を含む）
③ 慢性の腎臓病
④ 慢性の肝臓病（肝硬変など）
⑤ インスリンや飲み薬で治療中の糖尿病または他の病気を併発している糖尿病
⑥ 血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く）
⑦ 免疫の機能が低下する病気（治療中の悪性腫瘍を含む）
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
⑨ 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患
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（呼吸障がいなど）
⑪ 染色体異常
⑫ 重症心身障がい（重度の肢体不自由と重度の知的障がいとが重複した状態）
⑬ 睡眠時無呼吸症候群
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手帳を所持している、または自立支援医療（精神通院医療）で「重度かつ継続」に該当する場合）や知的障がい（療育手帳を所持している場合）

**◆肥満（BMI 30以上）の方**

計算方法　BMI ＝ 体重（kg）÷ 身長（m）÷ 身長（m）

目安：身長160cmで体重77kg、身長170cmで体重87kg

### 高齢者施設などに従事している方

集団接種または個別接種を希望する方は申請してください。従事している施設で接種する方は申請不要です。

### 申請方法

6月1日㈫から、市ホームページで申請してください。海老名市新型コロナウイルスワクチン接種専用ダイヤル（☎046・235・8320）へ電話も可。診断書は不要です。6月15日㈫締め切り。
※電話が集中してつながりにくい場合があります。

申請ページ

### 申請が不要の方

次の方には優先して接種券を発送します。

- 内部障がい（心臓・腎臓・肝臓・小腸・ぼうこうまたは直腸・呼吸器・免疫）を事由に身体障害者手帳を所持している
- 療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、自立支援医療（精神通院）受給者証のいずれかを所持している