

新型コロナウイルスワクチン接種を予約された皆様(医療従事者等)へ

平素より当センターの運営に格別のご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

ご案内のとおり、4月24日、4月25日に新型コロナウイルスワクチンの1回目接種実施を予定しておりますが、下記の点にご留意いただき、お越しいただけますようお願い申し上げます。

【新型コロナウイルスワクチン接種についてのご留意事項】

【1 当日の流れ】

①受付→②問診→③接種→④接種記録書発行→⑤センター内で待機(15分程度)→ご帰宅

【2 持ち物(1回目接種)】

- ①予診票(1回目) (事前に漏れなくご記入の上お持ちください。)
- ②本人確認書類 (運転免許証、保険証、マイナンバーカードなど)
- ③緊急連絡先確認票 (詳細は下記に記載)

【3 予診票の記入について】

- ・必ず1回目の予診票をお持ちください。
- ・予診票上のフリガナ、電話番号、年齢、診察前の体温、質問事項の回答欄、接種希望のレ点チェック、下段太枠内の「接種を希望します」へのレ点チェック、日付、ご署名を漏れなく記載してください。
- ・診察前の体温は、ご自宅で必ずご自身で検温していただき、事前に記入したうえでお越しくください。
- ・記入例は当センターホームページのお知らせにある「新型コロナウイルスワクチンの接種に係る注意事項について(予約した医療従事者の方へ)」に掲載しております。

【4 受付場所及び開場について】

- ・自治さいたま医療センター1F初診受付前(正面玄関から建物内にお入りください)
- ・正面玄関の開錠は午前の部は9:00、午後の部は13:00になります。恐れ入りますが、開場までは正面玄関前にてお待ちいただけますようお願いいたします。
- ・受付時間は30分毎になっておりますので、必ずご自身の予約時間帯にお越しいただくようお願いいたします。

【5 当日の服装について】

- ・上腕に接種するため、すぐ肩までを出せる服装でお越しくください。

【6 緊急連絡先の確認について】

- ・接種後、当センター内で待機中に万が一重篤な副反応が発生した場合に備え、家族、職場の方等の緊急連絡先をお伺いします。
- ・記入用紙は当センターホームページのお知らせにある「新型コロナウイルスワクチンの接種に係る注

注意事項について(予約した医療従事者の方へ)」に掲載しておりますので、お手数ですが、各自印刷していただき、ご記入の上、お持ちいただけますようお願い致します。

- ・プリンターがお手元にない等の理由で印刷や事前のご用意が困難な方につきましては、当日会場で用紙をお渡しいたしますが、スムーズな受付のため、可能な限り事前のご用意にご協力いただけますようお願い致します。

【7 ご帰宅後の副反応について】

- ・ご帰宅後の副反応、体調に関するご相談につきましては、恐れ入りますが、埼玉県新型コロナウイルスワクチン専門相談窓口（0570-033-226）にお電話にてご相談いただけますようお願い致します。

【8 当日のキャンセルについて】

- ・当日のキャンセルは、048-648-5219にお電話いただき、お名前、予約時間帯、キャンセルの旨をご連絡ください。

【9 駐車場について】

- ・駐車場(有料)には限りがありますので、できるだけ交通公共機関をご利用ください。

【10 予診票の記入例、緊急連絡先確認票について】

- ・自治医科大学附属さいたま医療センターホームページのお知らせにある「新型コロナウイルスワクチンの接種に係る注意事項について(予約した医療従事者の方へ)」に上記注意事項の他、予診票の記入例、緊急連絡先確認票を掲載しておりますので併せてご確認ください。

URL：<https://www.jichi.ac.jp/center/index.html>

また、ワクチン接種に関して、お電話でのお問い合わせは対応しておりません。

大変恐れ入りますが、お問い合わせは電子メールにて sa.cov19@jichi.ac.jp にお送りくださるようお願い致します。

限られた時間で非常に多くの方の接種を予定しておりますため、滞りなく実施できるようご協力賜りますようお願い申し上げます。

問い合わせ先：自治医科大学附属さいたま医療センター総務課

sa.cov19@jichi.ac.jp

記入例

赤枠内ご記入ください

(医) 新型コロナワクチン接種の予診票 (1回目)

※太枠内にご記入またはチェック印を入れてください。

住民票に記載されている住所	埼玉県 さいたま市 大宮区大宮1-847	券種	2	ワクチン接種	1	回目	
フリガナ	ジチ 知	請求先	埼玉県さいたま市	111007			
氏名	自治 太郎	電話	(●●●●) ●●●●				
生年月日 (西暦)	1980年04月02日生	年齢	35歳	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	診察前の体温	36度8分

事前にご自宅等で検温し、ご記入の上お越しく下さい。

質問事項	回答	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)	<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、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	
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:)	<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"/> 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	
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。	<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() 病名()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在妊娠しているか、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た日()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日の予防接種について異向がありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

✓の記載をお願い致します。

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。	医師署名又は捺印
-------	--	----------

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。(<input checked="" 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。	接種者又は保護者白書
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。	2021年 ● 月 ● 日 自治 太郎

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
シール貼付位置		0.3 ml	自治医科大学附属さいたま医療センター 市橋 光	1110301018
※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			接種年月日 ※記入例) 4月1日~04月01日 202 年 月 日	

【緊急連絡先確認票】

当センターで新型コロナウイルスワクチン接種を受ける方へ

接種後、当センター内で待機中に重篤な副反応が発生した際、緊急に連絡がとれる方(ご家族、職場の方等)を記載して下さい。

連絡がとれる方の氏名	
緊急連絡先(TEL)	
ご関係(続柄)	

ご記入いただいた内容は、副反応発生等の緊急事態の連絡先以外には使用しません。また、本日の接種終了後この用紙は破棄します。

所属医療機関等

被接種者氏名
