


新型コロナワクチン接種について

接種を受ける前に必ずお読みください。
ワクチンは希望される方が接種します。強制ではありません。
原則、住民票がある市町村の医療機関で接種します。

1 ワクチン接種を受ける前に

- (1) かかりつけ医のある方、基礎疾患のある方は、まず、かかりつけ医にご相談ください。
- ・基礎疾患や飲んでいる薬によってワクチン接種に注意が必要な場合があります。
- (2) 個別接種か集団接種を選んで予約します(接種を希望される場合は、予約が必要です。)
- ①個別接種: かかりつけ医などの医療機関での接種を希望する場合
同封の「新型コロナワクチン接種会場のご案内」に記載の個別接種会場で接種が受けられます。
接種を受けたい個別接種会場に直接予約してください。
- ②集団接種: 市町村の特設会場での接種を希望する場合
同封の「新型コロナワクチン接種会場のご案内」に記載の集団接種会場で接種が受けられます。
下記の「鳥取市新型コロナワクチン専用ダイヤル」に電話、または予約サイトで予約してください。
★予約サイト: 「鳥取市新型コロナワクチン予約」で検索 
または→のQRコードを読み取り
- (3) ワクチンは2回接種を受ける必要があります。
- ・今回接種するファイザー社製のワクチンは、1回目の接種から3週間後に2回目の接種を受ける必要があります。ご予約の際は、ご予定にご注意ください。
- また、1回目と同じ会場で2回目の接種を受けるようにしてください。

2 接種当日

- (1) 当日の服装
肩のあたりに注射しますので、肩を出しやすい服装でお越しください。
- (2) 接種できない場合があります
体調不良など(37.5℃以上の発熱、重い急性疾患、過去にこのワクチンに含まれる成分に対する過敏症の既往歴など)のある方は接種できません。
接種前の予診の際に必ず医師へ伝えてください。
- (3) 当日の持ち物
- ①接種券
 - ②本人確認書類・・・健康保険証、運転免許証など、本人確認ができるもの
 - ③予診票・・・この紙の裏面「記入例」を参考に黒ボールペンでご記入ください。
 - ④おくすり手帳(お持ちの方のみ)

3 Information in English・中文信息・한국어 안내

Find Information in English here 中文信息请看此处 한국어 안내는 여기

URL: <https://icity.elg-front.asp.lgw.an.jp/tottoriwww/www/contents/1610951692200/index.html>



4 その他

上記のほか、詳細は同封の資料および厚生労働省公式ウェブサイトをご確認ください。

【お問い合わせ・集団接種会場のご予約】

鳥取市新型コロナワクチン接種専用ダイヤル

電話: 0857-30-8535 FAX: 0857-20-3981

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

記入例

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

※左欄に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください

赤枠で囲んでいる範囲を記入して接種会場にお持ちください。

住民票に記載されている住所	鳥取 都 道 県 鳥取 市 区 村	
(住民票に記載の住所を記入)		
フリガナ	とっとり たろう	電話番号 (日中連絡の取れる電話番号を記入)
氏名	鳥取 太郎	
生年月日(西暦)	X X X X 年 X X 月 X X 日生(満 X X 歳)	<input checked="" type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
診察前の体温		度 分

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。 ※「いいえ」の場合は「 <u>を記入</u> 」を記入 (接種を受けたことがある場合 <u>1回目: 月 日、2回目: 月 日</u>)	<input checked="" type="checkbox"/> はい	あてはまるものにチェック
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。 ※クーポン券 = 接種券	<input checked="" type="checkbox"/> はい	
「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 checked="" 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 checked="" 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:基礎疾患については、別紙「新型コロナワクチン接種のお知らせ」裏面参照)	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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(<u>何か体調に変化を感じている場合は必ず記入してください。</u>)	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

新型コロナワクチン以外に予防接種を受けられた方は記入してください。

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)	医師署名又は記名押印
	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の取組について説明しました。	

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	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> ml	実施場所	医療機関等コード
	※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		医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
				202 年 月 日