



# NINOHE



亀唐くん  
イラスト：きり光乗

## — お知らせ版 —

※内容は5月10日現在のものです。新型コロナウイルスの感染拡大の影響により、変更になる場合があります

### 新型コロナウイルスワクチン接種について

#### 【接種券送付状況】75歳以上の人へ送付しています

市は現在、優先対象となる高齢者へのワクチン接種を実施しています。これまでに、市内に住所がある75歳以上の高齢者の皆さんへワクチン接種券の送付が完了しています。

65歳以上75歳未満の高齢者やそのほかの接種対象の皆さんについては、ワクチン供給量や接種状況により、順次接種券の送付を行いま

すので到着をお待ちください。

接種券が届いたら、同封されている案内文書に記載の予約先へ予約ください。

なお、二戸地区で予約が完了した人には、予約日時を案内する予約票を送付しますので持ち物や注意事項を確認ください。

#### ◆当面のワクチン接種予定（5月10日時点）

【二戸地区】

現在予約受付中の接種日 6月22日(火)、23日(水)、24日(木)、29日(火)、30日(水)

※ワクチンの供給状況により追加します。2回目の接種は3週間後となります

【浄法寺地区】

5月20日(木)から浄法寺診療所でワクチン接種を開始します。

接種日 月、火、木の各曜日の午後

#### 【お願い】

接種券の到着直後は、予約センターへの電話が集中するため、電話が非常につながりにくくなっています。その場合は、しばらく時間をおいてから電話をおかけ直してください。（数日経つと、電話がつながりやすくなる傾向があります）

ワクチンの供給量により、順次接種を進めますが、希望者全員が接種を受けられる十分な量が供給される見込みなので、ご理解とご協力をお願いします。

#### ◆ワクチン接種の予約先はこちら

【二戸地区】二戸市新型コロナワクチン予約相談センター

☎ 050-5445-4470

受付 午前9時～午後5時（土日、祝祭日を除く）

【浄法寺地区】浄法寺診療所

☎ 38-2021

受付 午前8時30分～午後5時15分（土日、祝祭日を除く）

※間違い電話が非常に多くなっています。番号を確認し、かけ間違えないようお願いいたします

# 予診票は、接種前にご自宅で記入を済ませてください

スムーズに接種を行うため、あらかじめ予診票を記入してから接種会場へ来場くださいますよう、ご協力をお願いします。

## ①太枠内を黒色のボールペンで記入ください

接種を受ける人の住所や氏名、質問事項、接種希望書の欄を記入してください。「診察前の体温」は、当日会場で検温を行った際に係員が記入します。

## ②持病がある人は、事前にかかりつけの医師に接種してもよいか確認することをおすすめします

かかりつけの医師に確認していない場合、接種会場において予診医が問診を行い、接種可能と判断した場合に接種を受けることができます。

## ③これまでに薬や食品などで重いアレルギー症状を起こしたことがある場合は、その原因を記入ください

特に、ポリエチレングリコールやポリソルベートに対して重いアレルギー反応を起こしたことがある人への接種には注意が必要です。最終的には、予診医の問診により接種することが可能かどうかを判断します。

## ④接種を受けるには、ご本人の同意、署名が必要です

接種を受けるには、ご本人による同意、署名が必要です。接種を受けるご本人が自署できない場合は、ご家族が代筆しても構いません。その場合は、代筆者の氏名および接種を受ける人との続柄を記載ください。

## ワクチン接種後に、次のような副反応の症状が現れることがあります

起こるかもしれない体の症状（接種を受けた人の10%以上に起こったもの）

- ▶注射した部位の痛み、腫れ
- ▶下痢
- ▶筋肉や関節の痛み
- ▶疲労、悪寒、発熱
- ▶頭痛

症状は、通常数日以内に回復します。症状が現れた場合は、慌てることなく様子を見ていただきますようお願いいたします。

◎県が設置するコールセンターでは、副反応など、医学的な知見が必要となる専門的な相談をすることができます。【問い合わせ先 岩手県新型コロナワクチン専門相談コールセンター（☎0120-89-5670）※受付時間 午前9時～午後9時（土日、祝日も受付）】

◎発熱などの症状で医療機関を受診する際は、受診前に必ず医療機関に連絡を入れてから受診するようお願いします

問い合わせ先 新型コロナワクチン接種対策室（☎22-5123）

(みほん)

## 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 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 日生(満 歳)	☐男・☐女
診察前の体温		度 分
質問事項		回答欄
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
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 )		医師署名又は記名押印
医師記入欄 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。 ☐ 被接種者は6歳未満である(該当する場合は塗りつぶしてください)		
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16歳未満の場合は保護者自署、成年被後見人の場合は本人又は成年後見人自署)		
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
シール貼付位置	ml	実施場所
※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		医療機関等コード
		接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
		202 年 月 日

「クーポン貼付」欄は接種当日、会場にて係員が貼付しますので、記入などの必要はありません。