

2021年4月8日

しげい病院

当院でワクチン接種を予定している医療従事者の皆様へ

この度は、当院での新型コロナウイルスワクチン接種をご希望頂き有難うございます。

ワクチン接種をスムーズに進めていく上で、接種にご来院頂く方々に予めお願いしたい事項を以下の通りまとめましたのでご案内させていただきます。

お忙しい中大変恐縮ではございますが、ご理解・ご協力のほどお願い申し上げます。

▶接種可能日時

接種人員確保等の関係から、接種可能日時を以下の通り設定させていただきます。また、予約手続きによる混乱を避けるため、2回目の接種につきましては記載の通り接種日の3週間後の同曜日・同時間帯の接種とさせていただきます。

接種日	時間	予定人数	2回目接種日
4/28(水)	13:30~16:30	96名	5/19(水)
5/8(土)	13:30~16:30	102名	5/29(土)
5/13(木)	13:30~16:30	96名	6/3(木)

▶予約方法

岡山県の「接種予約システム」での事前予約のみとなります。個人情報への入力には任意となっておりますが、当日の本人確認等で時間を要する場合がございますので、出来るだけ接種者名、郵便番号、住所までご入力頂くようご協力をお願い致します。なお、当院に直接ご連絡頂いても接種日や接種時間に関する個別調整は出来かねますので、予めご了承ください。

▶接種会場

しげい病院5階「かわせみホール」

※正面玄関からお入り頂き、エレベーターで5階会場までお越しください。

▶駐車場

駐車スペースには限りがございますので、お車でのご来院は出来るだけ乗り合わせ等のご協力をお願い致します。駐車場は病院西側駐車場をご利用頂き、会場受付で無料処理済の駐車券と引き換えてください。

▶服装

接種は上腕部に行いますので、予め肩のあたりを出しやすい服装でご来院ください。

▶予診票

事前に記入が必要な箇所は全てご記入頂き当日必ず検温してからご来場ください。

(記入の際の注意点については、別紙をご確認ください。)

当日、ワクチン接種後「接種記録書」をお渡ししますので、2回目の接種の際に「2回目予診票」と一緒に必ずお持ちください。

▶経過観察

接種後、15分程度経過観察のため会場内でお待ち頂きます。アレルギー既往がある方は重度な副反応が出る可能性もあることから30分程度お待ち頂く場合もございます。予めご了承ください。

▶その他のお願い

- ・当日の発熱等で接種困難となった場合は午前中に以下の連絡先にご連絡いただき、必ずその旨をお伝えください。なお、予約枠で接種出来なかった場合、ワクチン入荷量の関係で別日への変更が困難ですので、先のワクチン入荷予定が確認出来た段階で改めてご案内させていただきます。予めご了承ください。
- ・ご来院の際は、必ずマスクを着用頂き、会場ではお静かにお待ち頂くようご協力をお願い致します。
また、会場で本人確認をさせていただきますので、免許証、保険証など本人確認が出来るものを必ずご持参ください。
- ・接種後24時間以内に筋肉痛、倦怠感、発熱等の副反応が出る場合があります。重度な副反応症状が出た方は以下の連絡先にご相談ください。

しがい病院 ☎086-422-3655(代表)

本日お送りした書面はこのご案内を含め5枚です。

同様のものを当院ホームページのトップページにある

「当院でワクチン接種を予定している医療従事者の皆様へ」からもご確認いただくことができます。

宜しく願い致します。

(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☑を入れてください。

券種	2	ワクチン接種	1	回目
請求先	岡山県倉敷市		332020	
券番号				
氏名				
所属機関				

住民票に記載されている住所
 岡山 都道 倉敷 (市) 区 町 村
 府 (県)
 ※フリガナ、電話番号、年齢を忘れず記入して下さい。

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

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)	<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 checked="" 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 checked="" 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 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 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 () 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	

↓接種日当日の体温を記入して下さい。

医師記入欄
 以上の問診及び診察の結果、今日の接種は (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。

医師署名又は記名押印

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。(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。

被接種者又は保護者自署
 年 月 日
(※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者指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)

医師記入欄

ワクチン名・ロット番号

接種量 . ml

実施場所・医師名・接種年月日
 実施場所
 医師名
 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

※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



新型コロナウイルス感染症 医療従事者向けワクチン接種のご予約について



医療従事者向けワクチン接種予約システムの予約開始は、**4月12日(月)9時**からを予定しております。接種希望の方は、お早めにご予約の上、接種いただきますようお願いいたします。なお、予約に際しては、3週間後の2回目の接種が可能な日及び時間帯を確認の上で、その3週間前の日時で予約を行っていただくようお願いいたします。

※本システムは、お勤めの施設とは別の接種施設でのワクチン接種を予定されている方、かつ1回目の接種の予約を対象としています。

接種予約システムを用いたワクチン接種の流れ

①ご予約



- ▶ **接種4日前まで**にご予約ください。
- ▶ パソコン・スマホ等から接種予約システムにアクセスが可能です。
- ▶ **お勤めの施設から配布された接種券番号と生年月日を入力**して接種予約システムにログインすると、接種施設及び予約可能日が表示されますので、希望する接種日時をご指定ください。

②予診



- ▶ 当日、接種施設にて予診を受けます。
- ▶ 体調が優れない場合は、接種できないことがありますので、ご了承ください。



③接種



- ▶ 2回目の接種は、1回目の予約日時の3週間後になりますので1回目の接種後に、接種施設でご確認ください。
- ▶ ファイザー社が提供するワクチンの場合、20日の間隔を置いて2回接種することとされています。20日を超える場合は、できるだけ速やかに2回目の接種をお願いします。

接種予約システムへのアクセス方法

☆ 検索サイトから接種予約システムにアクセス！

検索サイト等で検索し、岡山県のWebサイトを表示。トップページ (<https://www.pref.okayama.jp>) から接種予約システムにアクセスすることができます。

☆ QRコードから接種予約システムにアクセス！

スマホ等のQRコード読み取り機能を使って、右記のQRコードを読み込むと、接種予約システムにアクセスすることができます。



- ▶ **4月12日(月)9時から**アクセスが可能となる予定です。
- ▶ お勤めの接種施設での接種となる場合や2回目の接種を予約する場合は、接種予約システムの対象となりません。
- ▶ 利用方法が分からない場合や、やむを得ず接種施設を変更したい場合は、下記の岡山県医療従事者向けワクチン接種予約システムコールセンターへご相談ください。

個別の接種施設の窓口では、ワクチン接種のご予約を受け付けておりません。ご予約については、接種予約システムをご利用いただきますとともに、お問い合わせ等につきましては、下記の各機関までお願いします。

(※ 本システムを用いずにワクチン接種の予約受付を行う接種施設が一部あります。その場合、ワクチン接種のご予約に関しましては、接種施設に直接ご連絡をお願いします。)

<お問い合わせ先 (9:00~21:00) >

○予約に関すること	岡山県医療従事者向けワクチン接種予約システムコールセンター	Tel. 086-234-1771
○副反応等に関すること	岡山県新型コロナワクチン専門相談センター	Tel. 0120-701-327
○国のワクチン行政に関すること	厚生労働省新型コロナワクチンコールセンター	Tel. 0120-761-770

Q ワクチンを受けた後の発熱や痛みに対し、市販の解熱鎮痛薬を飲んでもよいですか。

A ワクチンを受けた後の発熱や痛みに対し、市販の解熱鎮痛薬で対応いただくことも考えられますが、特に下記のような場合は、主治医や薬剤師にご相談ください。

ワクチンを受けた後の発熱や痛みに対し、市販の解熱鎮痛薬で対応いただくことも考えられますが、特に下記のような場合は、主治医や薬剤師にご相談ください。

- ・他のお薬を内服している場合や、病気治療中の場合
- ・激しい痛みや高熱など、症状が重い場合や、症状が長く続いている場合
- ・ワクチン接種後としては典型的でない症状がみられる場合（ワクチン接種後に起こりやすい症状や起こりにくい症状については、[こちら](#)をご覧ください。）

なお、ワクチンを受けた後、症状が出る前に、解熱鎮痛薬を予防的に繰り返し内服することについては、現在のところ推奨されていません。

参考：[米国CDCのmRNAワクチン使用に関する暫定的見解（英語）](#)