

令和3年12月吉日

流杉病院介護医療院  
入所中の方のご家族さま

流杉介護医療院

入所者様の新型コロナワクチンの追加接種（3回目接種）について

平素は流杉病院介護医療院をご利用いただきありがとうございます。  
このお知らせは、当院に入所中の方のご家族さまにお送りしています。  
報道にもあります通り、新型コロナワクチンの追加接種が始まっております。これに伴い、入所者さまのご自宅に随時接種券が送られてきます。接種券が届いた方で、接種を希望される方は窓口までお持ちください。

その際、接種券と一体となっている予診票に記入してご提出ください。

- ※ すでにお持ちいただいた方にもご案内しております。
- ※ 自治体によっては接種券に予診票がついていない場合もあります。その場合は窓口にて予診票が用意してあります。当院にて予診票に記入していただきますので、接種券のみお持ちください。
- ※ 受付可能時間は以下の通りです。
  - 平日： 9:00 ～ 17:00
  - 土曜： 9:00 ～ 12:15
- ※ 12/30～1/3 は受付できません。ご了承ください。

以上

新

赤枠内を記入し、回答欄にチェックをお願いします。

※この用紙は記入例です。

届いた接種券一体型の予診票に記入してください。

※太枠

住民票に記載されている住所

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受けたことがありますか。 接種日(1回目: 年 月 日、2回目: 年 月 日) 接種を受けたワクチン( )	<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、接種券又は右上の請求先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	
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 □毛細血管漏出症候群 □その他( ) 治療内容: □血をサラサラにする薬( ) □その他( )	<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	

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。	医師署名又は記名押印
-------	---	------------

医療機関記入欄	○ 時間外(受付時間 : ) ○ 休日 ○ 小児(6歳未満) <small>※該当する場合は必ず記入してください。</small>	<b>いずれかをチェック</b>
---------	--	------------------

<b>新型コロナワクチン接種希望書</b> 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、接種を希望しますか。( <input 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。 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。		<b>記入日の日付</b> 年 月 日 被接種者又は保護者自署 <small>(※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この捺印を記載) (※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年後見人の場合は本人又は成年後見人自署)</small>
--	--	--

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
	※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 医師名 2020年 月 日

**記入された方のお名前・続柄**  
**例： 流杉 太郎 (長男)**