

患者様ご家族各位

新型コロナウイルス感染症（COVID-19） 令和5年度のワクチン接種について

医療法人社団 瀬田川病院

当院ご入院患者様で、初回接種(1・2回目接種)を終了し前回接種から3ヶ月以上経過した方は、令和5年度のワクチン接種が可能です。接種券を自治体から受け取られましたら、予診票に漏れなくご記入、同意署名欄にご署名のうえ、当院までご送付ください。

- ・当院で使用するワクチンはファイザー製(BA.4/5)ワクチンの予定ですが、ワクチンの配分状況によってモデルナ製(BA.4/5)またはファイザー製(BA.1)になる場合があります。
- ・予診票は接種済証と一体になっていますので、切り取らずに送付してください。
- ・未使用の接種券をお持ちの場合は令和5年度の接種に使用できます。
- ・ご記入が不十分な場合、もしくはご回答の内容によって接種できない場合があります。
- ・お送りいただいた日によっては接種の時期が遅れる場合もございますので、できるだけ早くお送りください。
- ・最終的な接種の可否・時期は医師の判断により当院で決定させていただきます。
- ・他自治体に転入した場合や65歳未満の方は、自治体に接種券の交付申請が必要となる場合があります。
- ・接種料は無料です。ただし、接種後の体調変化などに対応するため行った医療行為につきましては保険診療となりますので、自己負担が発生する場合がございます。
- ・1回目・2回目の接種は当院ではできませんのでご了承ください。

大切な患者様の健康確保ならびに感染拡大防止のために、できるだけ多くの方に接種をお願い致したく存じます。

以上

<お問い合わせ先>

- ・一般的な相談について…各自治体コールセンター等
※大津市の場合、大津市新型コロナウイルスワクチンコールセンター
電話番号：0570-002-092 受付時間：平日9時～17時
- ・ワクチン接種の副反応に関する事、専門的な医療の相談などについて
滋賀県新型コロナウイルスワクチン専門相談窓口
電話番号：077-528-3588 受付時間：9時～17時（土、日、祝日も実施）
厚生労働省新型コロナワクチンコールセンター
電話番号：0120-761770 受付時間：9時～21時（土、日、祝日も実施）
- ・ご入院患者様の具体的病状について
瀬田川病院
電話番号：077-543-1441 受付時間：平日9時30分～17時

住所・氏名など被接種者情報は印字されている場合があります。
住民票登録住所と同一かご確認ください。

接種直前に
測定し記入します

新型コロナワクチン接種の予診票

住民票に記載されている住所	都道府県	市区町村
フリガナ	氏名	電話番号
生年月日(西暦)	日生(満歳)	性別

券種	2 (予診のみ)	4 回目
請求先	〇〇県〇〇市	123456
券番号	1234567890	QRコード
氏名	厚生 太郎	QRコード
バーコード		

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。 接種回数() 回の接種日()年()月()日 前回接種を受けた新型コロナワクチンの種類()	<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ていますか。	<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: <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"/> <input type="checkbox"/> 毛細血管漏出症候群 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
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	
最近1ヶ月以内に体調が悪化しましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日、体に違和感を感じましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
けいれん(てんかんと誤認されることがあります)を感じましたか。	<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	

接種回数、前回の接種日、
ワクチンの種類は印字されています。

接種券は予診票の右上に
印字されています。

可能な限り漏れなくご記入ください

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

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	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		医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日

ご記入日付を記入し、
保護者様のご署名ください。

<ご記入例> ○○○○ (患者様氏名)
代筆 □□□□ (保護者様氏名) △△ (続柄)