

新型コロナワクチン接種 ご案内

ワクチン情報

**ファイザー社の新型コロナワクチン
を使用しています。**

ワクチンの詳しい情報は下記の厚生労働省ホームページでご確認ください。

(厚生労働省 HP)

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine_pfizer.html

予約方法

新型コロナワクチン接種は完全予約制です。

予約なしでの接種は行えません。

クーポン券がないと予約は行えません。

窓口での予約は行えません。

新型コロナワクチン予約受付中

(月～金曜日接種希望の方)

- 予約専用番号：0532-39-4552
 - 予約受付時間：平日 13時～16時
- ※休日、時間外の予約は行えません

- ・通常業務に支障をきたす恐れがありますので、予約専用番号以外へは電話をしないようお願いいたします。
- ・予約専用番号以外の電話では予約は行えません。
- ・掲載情報については随時変更となる場合がございます。

(日曜日接種希望の方)

○ WEB 予約限定

<https://vaccines.sciseed.jp/toyohashi/login>

※ WEB 予約が行えない方は…

豊橋市新型コロナワクチンコールセンター : 0570-09-5670

(平日 8:30~17:15 対応可能)

- ・日曜日接種希望の方は電話での予約は行えません。
- ・掲載情報については随時変更となる場合がございます。

予診票の記入

予診票は事前にご自宅で記入をお願いします。

新型コロナウイルス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。

※左側に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください
(クーポン貼付)

住民票に記載されている住所 都 道 市 区 町 村	フリガナ 氏 名	電話番号	診察前の体温	度	分
生年月日 (西暦)	年	月	日	生 (満	歳)
性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女			

質問事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナウイルス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 type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
『新型コロナウイルスワクチンの説明書』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 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 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()	<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()		
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	

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。
 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)

医師署名又は記名押印

新型コロナウイルス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 実施年月日
医師記入欄 シール貼付位置 医師署名 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)有効期限が切れないよう確認

2020年 月 日

クーポン券は貼らない

自宅を出る前に検温をして記入

接種当日の年齢を記入

2回目接種の方は1回目接種日を記入

該当するすべての欄を記入

接種を希望する方は『接種を希望します』にチェック

代筆の場合は『患者氏名・代筆者氏名・続柄』

接種する当日の日付を記入

ワクチン接種当日

【持ち物】

- クーポン券（接種券） ※クーポン券がないと接種できません
- 予診票（事前に記入したもの）
- 健康保険証

【体調について】

- 接種当日に発熱のある方は接種できません。必ず事前に検温を実施し、熱がある場合はご連絡ください。

【服装について】

- 肩をしっかり出せる服装でお越しください
- ※着替えスペースはございません

副反応が出た場合

ワクチン接種後には、接種部位の痛み・腫れ・発熱・だるさなどの副反応が起こることがあります。

上記のような副反応が現れ体調を崩した場合は病院へ受診してください。