

新型コロナウイルスワクチン集団接種のご案内

1 接種会場情報

独立行政法人 国立病院機構 岡山医療センター（岡山市北区田益1711-1）

接種ワクチン：武田/モデルナ社製ワクチン

接種日：第1回：令和3年10月16日（土）、17日（日）

第2回：令和3年11月13日（土）、14日（日）

接種場所：岡山医療センター 西棟7階（別図参照）

アクセス：（バス）岡山駅から国立病院行き

駐車場：病院駐車場を御利用ください（受付まで駐車券を持参して下さい）

2 接種対象者

（1）12歳以上の方

※12歳～15歳の場合は、保護者同伴でお越し下さい

（2）ファイザー社又はアストラゼネカ社製のワクチンを接種していない方

（3）接種医療機関又は集団接種会場等においてワクチン接種を予約されていない方

3 接種にあたっての留意事項

- ・4週間の間隔を空けて2回接種が必要です。2回目は4週間後の同じ曜日の同じ時間帯に接種していただきます。（10月16日（土）10時に1回目接種した場合、2回目は4週間後の11月13日（土）10時から同じ会場になります。）
- ・受付から接種までは15分程度になります。その後、接種後の経過観察で15～30分程度待機していただきます。（接種状況により想定時間を超える場合がありますので、ご了承ください。）
- ・会場内の密を避けるため、予約時間より早く来られても受付出来ません。当日、予約時間から30分以上遅れる場合や体調不良等によりやむを得ずキャンセルする場合は、会場の緊急連絡先（080-8820-6454 ※当日のみ）に必ず連絡を入れてください。

- ・接種期間以外でのキャンセル、変更については、岡山市コールセンター（0120-780-910）へご連絡下さい。岡山医療センターでは、対応しておりません。
- ・災害時等において接種を中止するなど緊急連絡事項がある場合は、市ホームページでお知らせしますので、お出かけ前に必ずご確認ください。
- ・当日スムーズに接種していただくため、予診票は可能な限り記載してください。（別添参照）
- ・速やかに肩が露出できる服装で来場してください。（更衣室あり）
- ・接種後に副反応が出る場合があります。接種後に体調不良になった際は、かかりつけの医療機関等へご相談ください。

【当日持参いただくもの】

◎接種券（予診票に貼らずに、そのままご持参ください。）

◎予診票

◎健康保険証、運転免許証又は学生証など本人確認ができるもの

※当日に接種券や身分証等を忘れた場合、接種できない場合があります。

西棟への案内（経路）



予診票記入例

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	岡山 都府県 岡山 市町村
フリガナ	北区大供一丁目1番1号
氏名	吉備 桃華
生年月日(西暦)	1920年10月10日生(満100歳) <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
電話番号	(086) 803-1000
診察前の体温	度 分

ご自身で接種券を絶対に貼らないでください。

- 赤枠内の全てを、必ず接種当日に事前に記入して持参してください。
- 記入漏れがあると接種終了までの時間が長くなります。

質問事項	回答欄	医師記入欄
① 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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
② 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	
③ 『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 checked="" 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 checked="" 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"/> 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	

ご自身の病名や投薬中の薬を書いてください。

当てはまるものがある場合は、病名や症状を書いてください。

- ① 初めての接種の場合は、「はい」にチェックしてください。接種したことがある場合は、「いいえ」にチェックして、接種した日にちを記入してください。
- ② 「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、接種券の赤枠部分を確認して、「はい」又は「いいえ」にチェックしてください。

【接種券のイメージ】

接種券	診察したが接種できない場合																				
<table border="1"> <tr> <th>接種回数</th> <th>ワクチン種類</th> <th>1回目</th> <th>接種日</th> <th>接種場所</th> </tr> <tr> <td>2</td> <td>岡山県岡山市</td> <td>331007</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	接種回数	ワクチン種類	1回目	接種日	接種場所	2	岡山県岡山市	331007			<table border="1"> <tr> <th>接種回数</th> <th>ワクチン種類</th> <th>1回目</th> <th>接種日</th> <th>接種場所</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>岡山県岡山市</td> <td>331007</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	接種回数	ワクチン種類	1回目	接種日	接種場所	1	岡山県岡山市	331007		
接種回数	ワクチン種類	1回目	接種日	接種場所																	
2	岡山県岡山市	331007																			
接種回数	ワクチン種類	1回目	接種日	接種場所																	
1	岡山県岡山市	331007																			

接種を受ける方へ

- シールは剥がさずに、こちらの台紙ごと接種場所へお持ちください。
- 右側の予防接種済証は接種が終わった後も大切に保管してください。

該当する箇所に漏れがないようチェックしてください。

この部分は、ご自身で書かないでください。接種当日に医療機関が記入します。

④ 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白署

(※白署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び姓を記載し、(※被接種者が16歳未満の場合は保護者白署、成年被接種者の場合は本人又は成年被接種者白署)

この部分は、ご自身で書かないでください。接種当日に医療機関が記入します。ご自身で書かれた場合、医療機関で書き直す必要があります。

- ③ 「新型コロナワクチンの説明書」をよく読んだうえ、「はい」又は「いいえ」にチェックしてください。
- ④ 問診後スムーズに接種出来るよう先に記載をお願いします。