



致市民各位

关于接种新型冠状病毒疫苗的通知

よろしくお願ひします



请您在前去接种时，一定携带此次邮寄给您的疫苗接种券和预诊票。

请希望接种的人士一定妥善保管好疫苗接种券和预诊票，以便在接种当日使用。

关于长冈市面向高龄者新型冠状病毒疫苗的接种

接种开始初期，由于可提供的疫苗数量有限，长冈市将首先从入住高龄者设施等高龄者中重症化风险高的人士开始接种疫苗。

其他老年人士的接种开始时间尚需等候通知。

由此给您带来的不便之处，敬请广大市民给予理解和协助。

关于疫苗接种的信息及咨询

●长冈市新型冠状病毒疫苗接种呼叫中心

☎ 0570 - 012 - 035

受理时间10:00 ~19:00(包括周六、周日及节假日)



●长冈市国际交流中心

☎ 0258 - 39 - 2714

受理时间9:00 ~17:00(包括周六、周日和节假日)

▲长冈市主页二维码

关于预诊票

因为在接种疫苗时，要接受问诊和医生诊断，所以必须填写预诊票。
由于要进行2次新型冠状病毒疫苗接种，所以给您发送了2张预诊票。

请于接种当日填写必要事项后带到接种地点。

粗框内 请事先填写后带到接种地点。

①请您填写地址、姓名、电话号码、出生日期、年龄、性别。

接种券不需要粘贴。
不要揭开贴纸，前去时请原封不动携带好。

接种当日，因为要在接种场所检测体温，所以不需要事先填写。

②请阅读提问事项，
在回答栏中，选择符合的事项，
在“是”，“不是”
（“はい”“いいえ”）处打勾☑。
关于“其他”（“その他”）事项，
如有的话请填写。

经医生诊断通过后，如果您希望接种的话请填写。
不需要事先填写。

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

※本枠内を記入する場合は「粗枠内」を記入してください

①

都道府県 市区町村

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

②

質問事項	回答欄	医師記入欄
ワクチンの接種を初めて受けますか。 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() 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	

医師記入欄 **不要填写**
※由接种地点的医生填写

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

(※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、成年後見人の場合は本人又は成年後見人自署)

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。
不要填写 ※由接种地点的医生填写			

医師記入欄

※以上内容は截至于2021年3月15日的信息，今后有变更的可能性。