

しみん
市民のみなさんへ

しんがた ちゅうしゃ
新型コロナウイルスの ワクチンの 注射の おしらせ

こんかい おく けん よしんひょう ちゅうしゃ う
今回 送った クーポン券と 予診票は 注射を 打つとき
ひつよう ちゅうしゃ う ひ だいじ
必要です。注射を 打つ 日まで 大事に してください。

さいいじょう ちゅうしゃ う じゅんばん
65歳以上の ひとの 注射を打つ 順番

はじめは ワクチンの 数が 少ないです。

だから 65歳以上の ひとの うち 具合が すごく

わる なる そうな こうれいしゃしせつ く
悪く なりそうな 高齢者施設で 暮らしている ひとから

ちゅうしゃ ま
注射します。 そのほかの ひと は 待って ください。

ちゅうしゃ じょうほう と あ
注射の 情報や 問い合わせ

ながおかししんがた せっしゅ
●長岡市新型コロナウイルス接種コールセンター

えいご ちゅうごくご かんこくご はな
英語、中国語、韓国語でも 話すことができます

☎ 0570-012-035

うけつけじかん
受付時間 10:00~19:00

ながおかしこくさいこうりゅう ちきゅうひろば
●長岡市国際交流センター「地球広場」

☎ 0258-39-2714

うけつけじかん
受付時間 9:00~17:00



▲市ホームページはこちら

よしんひょう か かつ 予診票の 書き方

ちゅうしゃ う いしゃ しつもん よしんひょう
注射を 打つときは 医者が あなたに 質問するので 予診票を
か
書いてきて ください。

よしんひょう か いめ う だいじ
予診票は 2枚 送りました。2回目に 打つ 日まで 大事に してください。

ふと せん なか か ちゅうしゃ う ばしょ も
太い線の中 を書いて 注射を 打つ 場所に 持ってきて ください

① じゅうしょ なまえ でんわばんごう せいねんがっぴ ねんれい
住所・名前・電話番号・生年月日・年齢・
せいべつ か
性別を 書いて ください

クーポン券は 貼らないで
も 持って きて ください

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

※本枠内に記載の項目にチェックを入ってください

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)

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	

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) 医師署名又は記名押印

医師記入欄 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。
 被接種者は6歳未満である(該当する場合は塗りつぶしてください)

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、成年被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。
シール貼付位置	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> ml	実施場所 医師名	医療機関等コード 接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日 2022年 月 日

医師記入欄 ※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

② しつもん み
質問を 見て
「はい」「いいえ」の
どちらかに を つけて
ください

※チラシは 2021年3月15日の 内容です。 内容は 変わるかも しれません。