

重要



鳥羽市からのお知らせ

## 新型コロナワクチン接種に必要な書類をお届けします

このお知らせは、鳥羽市に住民票がある、12歳～64歳（昭和32年4月2日～平成21年7月生まれ）のかたにお届けしています。

接種対象者や接種日程、会場、予約方法などの詳細は、ワクチンの入荷状況等に合わせ、広報とば、市ホームページ、市フェイスブック、とばメールなどで順次お知らせします。

なお、今回の同封物には「**基礎疾患を有するかたと高齢者施設等に従事するかたを対象とした新型コロナワクチン接種を実施します**」というお知らせを同封しています。

※令和3年度中に12歳になるかたは、誕生月の月初めに郵送させていただきます

※医療従事者のかたなど、すでにワクチンを接種済みのかたにも接種券が届く場合がありますが、届いた接種券は破棄していただくようお願いいたします

### 今回の送付物（計6枚）

- ・接種券
- ・予診票（2枚）
- ・新型コロナワクチン予防接種についての説明書
- ・鳥羽市からのお知らせ
- ・お知らせ「**基礎疾患を有するかたと高齢者施設等に従事するかたを対象とした新型コロナワクチン接種を実施します**」



接種券と予診票は紛失しない  
ようご注意ください!!

### 予約前に必ず確認を！！

#### ◆自分の健康状態を確認してください

- 例) ・今までに薬、予防接種、食べ物などでアレルギーや体調不良を起こしたことがあるか
- ・病気の治療中あるいは経過観察中か
  - ・血液をサラサラにする薬を内服しているか
  - ・平熱はおおよそ何℃か
  - ・接種時に医師へ伝えておいた方がよいと思うことはないか

#### ◆既往歴や基礎疾患がある等で、予防接種を打てるか不明なかたは、かかりつけ医に必ず事前に相談しておいてください（当日の医師の判断によっては、接種できない場合があります）

#### ◆「新型コロナワクチン予防接種についての説明書」を読んでおいてください

### よくある質問

#### Q1 鳥羽市に住民票がある人は鳥羽市内でしか接種できない？

A1 原則、ワクチンは住民票のある市町村で接種することになっていますが、単身赴任をされているかたや、遠隔地での下宿中の学生のかたなどは、現在お住まいの自治体でワクチン接種を受けられる場合があります。お住まいの市町村の相談窓口へご相談ください。

#### Q2 鳥羽市の接種会場はどこですか？

A2 鳥羽市民体育館サブアリーナ（9月中旬までの予定）か、保健福祉センターひだまり（9月中旬以降の予定）にて集団接種により実施します。離島にお住まいのかたにおかれましても本土での接種をお願いします（神島を除く）。

#### Q3 他の予防接種を打った場合、新型コロナワクチンは何日後に打てますか？

A3 新型コロナワクチン接種の前後に他の予防接種を行う場合は、原則として13日以上の間隔が必要です。また、他の予防接種と一緒に新型コロナワクチンの接種はできません。

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。

住民票に記載されている住所	三重 都 道 府 (県) 鳥羽 (市) 区 村	
フリガナ	ト バ タロウ	
氏名	鳥羽 太郎	電話番号 ( 0599 ) 25 - 111△
生年月日 (西暦)	1970年01月01日生 (満 50歳)	<input checked="" type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女 診察前の体温 <input type="text"/> 度 <input type="text"/> 分

接種券 (クーポン券) は自分で貼らないでください

体温は受付で検温して記入します

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	
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	
『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 checked="" type="checkbox"/> 基礎疾患を有する(病名: 心臓病)	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬(ワーファリン) <input type="checkbox"/> その他( )	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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(ピーナッツ・サバ)	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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( <input type="checkbox"/> 可能 ・ <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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)	医師署名又は記名押印
-------	---	------------

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。

令和3年 〇月 〇日 被接種者又は保護者自署 鳥羽 太郎

(※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、成年被後見人の場合は本人又は成年後見人自署)

医師記入欄	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="text"/> 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 (注)有効期限が切れていないか確認		医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
				202 年 月 日

接種する日付を記入

お問い合わせ先

- 接種予約やワクチンに関する一般的な問い合わせについて  
鳥羽市ワクチン接種相談・予約コールセンター  
☎0570-200-468 受付時間 9:00~17:00※土日・祝日も対応
- 接種券の紛失や再発行などについて  
鳥羽市健康福祉課 新型コロナワクチン接種対策チーム  
☎37-7061 FAX 37-7199 受付時間 8:30~17:15  
※ワクチン接種対策チームでは接種予約は受け付けていません
- ワクチン接種に関する相談窓口  
みえ新型コロナウイルスワクチン接種ホットライン  
☎059-224-2825 受付時間 9:00~21:00 ※土日・祝日も対応

【新型コロナワクチンについての最新情報】

鳥羽市 ワクチン 接種サイト 首相官邸 厚生労働省

