

新型コロナウイルスワクチン接種日程等のご案内

白鷹町

町内ごとの接種（予約はいりません・無料）が始まりますのでご案内します。
ご不明な点は、健康福祉課までお問い合わせください。

接種会場 白鷹町立病院（入口は町健康福祉センター）

持ち物

1. 接種券（シールは、はがさないでください）
2. 予診票（あらかじめご記入ください）
3. 保険証又は免許証など（本人確認できるもの）

3月に送付したもの

同封のはがきで必ずお知らせください。5月7日(金)まで投函ください。

1. 接種を「希望する」「希望しない」に○をつけてください。
2. 接種の日程を変更する方 ※日程は（1）をご覧ください。
3. 送迎バスをご利用する方 ※黄色の別紙をご覧ください。

（1）接種日程と対象町内 ※受付時間は裏面をご覧ください。

ワクチン接種は2回受ける必要があります。間隔は3週間です。

日程	1回目	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
		5月 24日 (月)	25日 (火)	26日 (水)	27日 (木)	28日 (金)	29日 (土)	31日 (月)
対象町内	2回目	6月 14日 (月)	15日 (火)	16日 (水)	17日 (木)	18日 (金)	19日 (土)	21日 (月)
	鮎貝1 鮎貝2	鮎貝3 鮎貝4 鮎貝5	鮎貝6 鮎貝7 鮎貝8 鮎貝9	鮎貝10 鮎貝11	鮎貝12 鮎貝13 鮎貝14	鮎貝15 高岡1 高岡2	深山1 深山2	

< 受付時間は裏面をご覧ください。 >

※1回目の日程を変更したい方は、①～⑦の中から選びはがきでお知らせください。変更後の時間は、裏面から選んでください。

※2回目の日程の変更は、1回目の接種の時に会場でご相談ください。

(2) 接種会場での受付時間

詳しくは、【裏面】をご覧ください。

受付時間の時間内で入場するようにご協力下さい。受付時間前の受付は、原則できません。

接種に要する時間は、受付から終了まで約1時間半程度です。

(3) 接種会場までの無料送迎バスについて

詳しくは、黄色の別紙をご覧ください。

乗り合いのため、他の方をお待ちいただくことがあります。

日程を変更した方は、バスに乗りいただくことはできません。

(4) 接種券及び予診票について

3月下旬に送付した茶色の封筒（赤スタンプ）に入っています。
紛失した場合は、あらかじめ下記↓までご連絡ください。

予診票は、見本をご覧ください、あらかじめご記入ください。

接種の可否は、かかりつけの先生によくご相談ください。

体温は、当日会場で測ります。

(5) その他

- ・当日の体調や体温によって接種できない場合でも、後日に接種を受けることが出来ますので、無理はなさらずにキャンセルをお願いします。キャンセルの際は、健康福祉課まで電話でご連絡下さい。
- ・入院、施設入所中の方の接種は、医療機関や施設にご相談ください。
- ・町のホームページやYouTubeで「ワクチン接種の動画」を公開しています。

 **ご不明な点はお気軽にお電話ください** 

●ワクチン接種についてのお問い合わせ先●

白鷹町 健康福祉課 健康推進係

フリーダイヤル 0120-567-034 または 86-0210

(受付時間：月～金 午前8時30分～午後5時15分)

FAX 0238-86-0115 E-mail:kenfuku3@so.town.shirataka.yamagata.jp

(2) 接種会場での受付時間

①1回目:5月24日(月)／2回目:6月14日(月)

町内	受付時間
鮎貝1	午後1:15～2:15
鮎貝2	午後3:15～3:30

②1回目:5月25日(火)／2回目:6月15日(火)

町内	受付時間
鮎貝3	午後1:15～1:45
鮎貝4	午後2:00～2:30
鮎貝5	午後3:00～3:30

③1回目:5月26日(水)／2回目:6月16日(水)

町内	受付時間
鮎貝6	午後1:15～1:45
鮎貝7	午後2:00～2:30
鮎貝8	午後2:45～3:15
鮎貝9	午後3:30～3:45

④1回目:5月27日(木)／2回目:6月17日(木)

町内	受付時間
鮎貝10	午後1:15～2:15
鮎貝11	午後2:30～3:00

⑤1回目:5月28日(金)／2回目:6月18日(金)

町内	受付時間
鮎貝12	午後1:15～1:45
鮎貝13	午後2:00～3:00
鮎貝14	午後3:15～3:30

⑥1回目:5月29日(土)／2回目:6月19日(土)

町内	受付時間
鮎貝15	午後 1:15～ 1:30
高岡1	午後 1:45～ 2:15
高岡2	午後 2:30～ 3:00

⑦1回目:5月31日(月)／2回目:6月21日(月)

町内	受付時間
深山1	午後 1:15～ 1:45
深山2	午後 2:00～ 2:20

受付時間内での来場にご協力ください。

(3)接種会場までの無料送迎バスについて【鮎貝地区】

お問い合わせ先:健康福祉課 0120-567-034

町内名	日程①	日程②	バス乗降場所	集合時刻
鮎貝1	5月24日 (月)	6月14日 (月)	鮎貝駅	午後1:00
鮎貝2			スポーツ公園入口 (元 丸羽食堂様前)	3:00
鮎貝3	5月25日 (火)	6月15日 (火)	中丸公民館	午後1:00
鮎貝4			櫻館公民館	1:50
鮎貝5			きらやか銀行前	2:50
鮎貝6	5月26日 (水)	6月16日 (水)	鮎貝郵便局前	午後1:00
鮎貝7			ヤマシチ商店様前	1:50
鮎貝8			桐町公民館	2:30
鮎貝9			遊和館	3:20
鮎貝10	5月27日 (木)	6月17日 (木)	遊和館	午後1:00
鮎貝11			森合公民館	2:20
鮎貝12	5月28日 (金)	6月18日 (金)	箕和田ポンプ庫前	午後1:00
鮎貝13			柏原新田公民館前	1:50
鮎貝14			神明アパート前	3:00
鮎貝15	5月29日 (土)	6月19日 (土)	横沢商店様前	午後1:00
高岡1			高岡公民館	1:30
高岡2			塩田ポンプ庫前	2:15
深山1	5月31日 (月)	6月21日 (月)	ぶどう貯蔵庫前	午後1:00
深山2			深山公民館	1:50

※バスをご利用になる方は、必ず同封のハガキでお知らせください。

お帰りは、乗車になった乗降場所までお送りします。

高齢者のみなさま全員にお願いです。

意向調査はがきは、記入のうえ
必ずポストへお出してください。
5月7日(金)までポストへ

みほん

新型コロナワクチン接種 意向調査はがき

あなたの氏名・生年月日・連絡先を記入して、
あてはまるところを○で囲んでください。

- 氏名：白鷹太郎
- 生年月日：大正 昭和 12年 3月 4日生
- 日中連絡のとれる電話番号：85-1234

1. 白鷹町立病院での集団新型コロナワクチン接種を
希望しますか。

希望する **希望しない** [理由：医療従事者等で
他で受ける機会がある、入院・施設入所している、
その他（ ）]

2. 日時を変更したい方は、別紙「日程等のご案内」
より、いずれかの日程・時
ご記入ください。

(月 日 時 分に変更)

※日時を変更した方は、送迎バスは利用できません。

3. 送迎バスを利用しますか。

利用する **利用しない**

**日程変更が必要な方は
変更したい日時を記入してください。**

**バスに乘車する方は
利用するに○をしてください。**

日程変更を希望された方には、確認の電話をしますので
必ず電話番号を記入して下さい。
日程を変更した方は、バスに乘車いただくことはできません。

情報保護シール(目隠しラベル)をご利用ください。

部分をご記入のうえ、会場へお越しください。

みほん

新型コロナワクチン接種の予診票

体温は、当日会場で測定します。

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

※左隅に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください

住民票に記載されている住所	山形 都 道 白 鷹 市 区 村		
フリガナ	シラタカ タロウ		
氏名	白鷹 太郎	電話番号	(0238) 85 - 2111
生年月日(西暦)	1956年	5月11日生(満)	65歳
		<input checked="" type="checkbox"/> 男 · <input type="checkbox"/> 女	診察前の体温 <input type="text"/> 度 <input type="text"/> 分

(クーポン貼付)
クーポン貼付は係員が行いますので、そのままお持ちください。

西暦でご記入ください。わからない場合は空欄で構いません。

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、効果や副作用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。 65歳以上に✓します。 <input type="checkbox"/> 医療従事者等 <input checked="" 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 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 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 checked="" type="checkbox"/> その他(高血圧症) 治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬(↓主治医に確認した場合、記入して下さい。)	<input checked="" 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 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()	<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(↓男性は記入不要)	<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 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。

↓接種希望の場合は✓
日付を記入
被接種者又は保護者自署 白鷹 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)

接種希望の✓と日付署名をお忘れなく!

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取まるよう記入してください。
	シール貼付位置 ※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	<input type="text"/> 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 2020年 月 日