【広報せいろう号外】－コロナワクチン接種－

令和４年１月１４日

－医療従事者等のみなさま向け－

【３回目接種】医療従事者等に該当する方は町診療所でも接種予約が可能となります。

町診療所での３回目接種予約については、令和４年２月１日（火）からとしておりましたが、国の前倒し対応により以下に該当する方は、令和４年１月 17 日（月）から予約いただけます。（まずは、勤務先の医療機関の指示に従ってください。）

なお、町では該当する方に順次、接種券を送付しておりますが、接種券が届いていない医療従事者等の方につきましては、聖籠町保健福祉課までお問合せください。

【対象者：２回目接種から６か月以上経過している以下に該当する方】

- 医療従事者等
- 高齢者施設等従事者
- 通所サービス事業所従事者

【接種券が届いている方】

聖籠町国民健康保険診療所【町診療所】（聖籠町大字諏訪山 825）

予約受付時間	電話番号	１日あたりの接種可能人数（目安）
土日祝日を除く平日 8:30～17:15 ※電話のみで受付。（窓口予約不可）	20-7701 （保健福祉課予約専用番号）	６人～18 人

【予約する際の注意事項】

・ワクチンロス防止のため、予約はオペレーターが案内する近々の日程での接種にご協力願います。

・予約キャンセルや医師の判断により当日接種できなくなった場合は、改めて予約してください。

【接種券が届いていない方】

聖籠町役場保健福祉課　0254-27-6511

◎2 回目接種を終えてから聖籠町に転入された方

２回目接種を終えてから聖籠町に転入された方は、別途接種券発行手続きが必要となりますので下記二次元コードの読み込み又は裏面担当者までお問合せください。

裏面へ

【ご注意ください】３回目接種（追加接種）の接種券（クーポン券）は予診票と“一体”になりました！

接種券（予診票と一体）

新型コロナワクチン接種の予診票（追加接種用）

券　種	2	（□予診のみ）	3	回目
請求先	新潟県聖籠町		153079	
券番号	1234567890			
氏　名	聖籠　太郎			

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。　000-0000000000-0000000000

231530791234567890

住民票に記載されている住所	新潟県聖籠町大字諏訪山８２５番地		
フリガナ	セイロウ　タロウ	電話番号	（　　） −
氏　名	聖籠　タロウ		
生年月日（西暦）	○○○○年○○月○○日生（満○○○歳） ☑男・□女	診察前の体温	分

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受けたことがありますか。 接種日（1回目：　○年 ○月 ○日　、2回目：　○年 ○月○日　） 接種を受けたワクチン（ 1回目：○○　2回目：○○	□はい	□いいえ	
現時点で住民票のある市町村と、接種券又は右上の請求先に記載されている市…			
『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…			
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：□心臓病 □腎臓病 □肝臓病 □血液疾患 □血が止まりにくい病気 □免疫不全 □毛細血管漏出症候群 □その他（　） 治療内容：□血をサラサラにする薬（　）□その他（　）	□はい	□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（　）	□はい	□いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状（　）	□はい	□いいえ	
けいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか。	□はい	□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（　）	□はい	□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（　）	□はい	□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。	□はい	□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（　）	□はい	□いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	□はい	□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（□可能・□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。	医師署名又は記名押印

医療機関記入欄　○時間外（受付時間　：　）　○休日　○小児（6歳未満）　○予備①　○予備②
※該当する項目について、マークの形からはみ出さないように濃く塗りつぶしてください。

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）

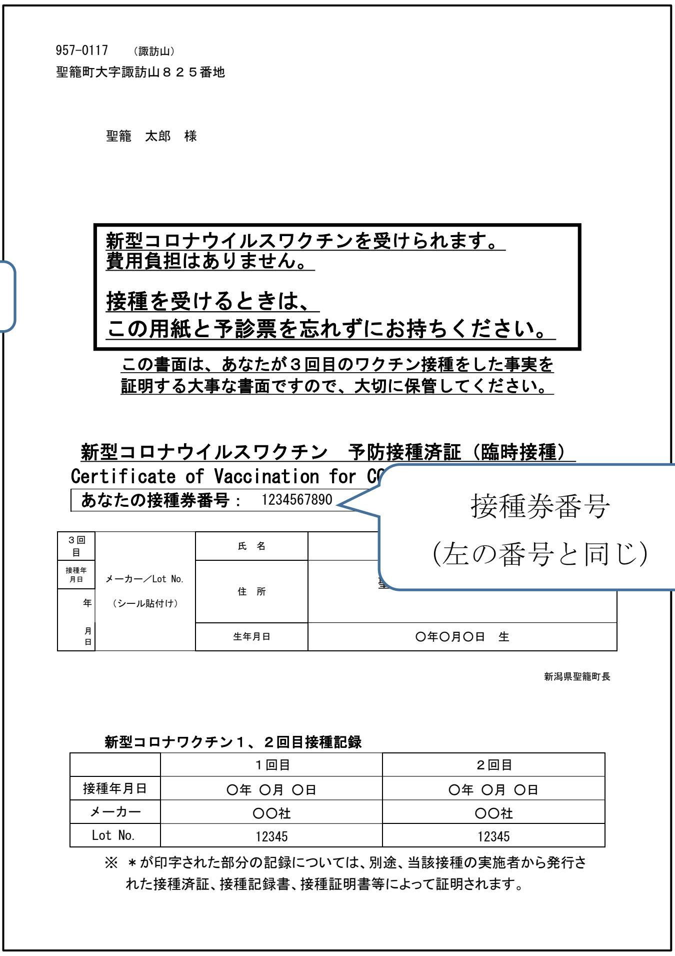
この予診票は、接種の安全性の確保を目的としています。
このことを理解の上、本予診票が市町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。

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 ※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	□.□□ 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 202□年□□月□□日

接種券番号（下10桁）

接種済証



957-0117　（諏訪山）
聖籠町大字諏訪山８２５番地

聖籠　太郎　様

新型コロナウイルスワクチンを受けられます。
費用負担はありません。

接種を受けるときは、
この用紙と予診票を忘れずにお持ちください。

この書面は、あなたが３回目のワクチン接種をした事実を証明する大事な書面ですので、大切に保管してください。

新型コロナウイルスワクチン　予防接種済証（臨時接種）
Certificate of Vaccination for CO…
あなたの接種券番号：　1234567890

３回目			
接種年月日	メーカー／Lot No. （シール貼付け）	氏　名	
年　月　日		住　所	
		生年月日	○年○月○日　生

新潟県聖籠町長

新型コロナワクチン１、２回目接種記録

	１回目	２回目
接種年月日	○年 ○月 ○日	○年 ○月 ○日
メーカー	○○社	○○社
Lot No.	12345	12345

※ ＊が印字された部分の記録については、別途、当該接種の実施者から発行された接種済証、接種記録書、接種証明書等によって証明されます。

接種券番号
（左の番号と同じ）

【新型コロナウイルス及び予約方法に関するお問い合わせ先】　聖籠町保健福祉課　電話　２７−６５１１

【ワクチンの特徴や有効性・安全性などのお問い合わせ先】

○厚生労働省新型コロナワクチンコールセンター　電話　フリーダイヤル　0120-761770

○新潟県新型コロナワクチン医療健康相談センター　電話　025-385-7762