

## 【接種会場：宝塚商工会議所】

当所専用の駐車場はございません。

接種当日は、公共交通機関をできるだけご利用ください。

ワクチン接種にかかる来館時、駐車サービス券の販売は行いません。



宝塚市栄町 2-1-2 ソリオ 2 (6F)

TEL 0797-83-2211

ソリオ 2 は阪急宝塚駅の隣です。阪急宝塚駅の改札を出て、右手にお進みいただき、ビルの連結部で階段を数段上っていただくと、ソリオ 2 の 2 階エレベーターホールと直結しています。

ワクチンを受けた後は、  
**15分以上は接種会場で  
座って様子を見てください。**※。

**お待ちの間も、感染対策をお願いします。**

(マスクをする、隣の人と距離をとる、会話を控えるなど)

※過去にアナフィラキシーを含む、重いアレルギー症状を起こしたことがある方や、採血等で気分が悪くなったり、失神等を起こしたことがある方は、30分ほどお待ちください。



### ワクチンを受けた日 の注意点

- 通常の生活は問題ありませんが、激しい運動や過度の飲酒等は控えてください。
- 接種部位は清潔に保ちましょう。接種当日の入浴は問題ありませんが、注射した部分は強くこすらないようにしましょう。

### ワクチンを受けた後も

**マスクの着用など、感染予防対策の継続をお願いします。**

ワクチンを受けた方は、新型コロナウイルス感染症の発症を予防できると期待されていますが、他の方への感染をどの程度予防できるかはまだ十分には分かっていません。また、ワクチン接種が徐々に進んでいく段階では、すぐに多くの方が予防接種を受けられるわけではなく、ワクチンを受けた方も受けていない方も、共に社会生活を営んでいくことになります。

**このため、皆さまに感染予防対策を継続していただくようお願いします。**

# 予診票 記入例

黒のボールペンでお書き下さい。  
消せるペン（フリクションペン）不可！

クーポン(接種)券は貼らずに、  
当日予診票と一緒に持ちください。

住民票住所

## 新型コロナ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。

記載されている住所	兵庫県 宝塚市 栄町 2-1-2-601
フリガナ	ショウコウ ユメタ
氏名	商工 夢太
生年月日(西暦)	1990年 5月 5日生 (満31歳)
性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
診察前の体温	□□度 □分

※ワクチン接種後に医療機関において貼り付けてください  
※左隅に合わせ、貼り付けてください  
(クーポン)

診察前の体温は記入しないでください。  
(当日会場検温)

同封しております

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"/> 基礎疾患を有する(病名: )	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
現在、何らかの病気にかかって、治療(投薬)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"/> その他( ) 治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬( )	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかっていますか。	<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	
2週間以内に、新型コロナ以外の予防接種を受けた場合は、接種できません。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
これまでに予防接種を受け、副作用がひどいと感じたことがありますか。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	

・1回目接種(未接種):  
日付の記入不要/☑はい  
・2回目接種:  
1回目日付記入/☑いいえ

質問事項に対する回答を  
☑チェックしてください。  
該当する場合は、必要に応じて  
詳細を( )内に記入してください。

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。  
 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。

2021年 ● 月 ● 日 被接種者又は保護者自署 **商工 夢太**

(※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 接種を希望するかしないか☑チェックし、接種を受ける本人(12~15歳の場合は保護者)が自署してください。(日付は、接種日を記入)

※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。

医療機関等コード

接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日

2021年 □□月 □□日

(注)有効期限が切れていないか確認