

## 新型コロナウイルスワクチン接種会場のご案内

この度、医療法人山陽会様及び株式会社ファーマスター様より、新型コロナウイルスワクチンの接種会場のご案内がありました。

既に各地でワクチン接種が進んでおりますが、接種会場の選択肢の一つとしてご検討ください。

なお、ワクチン接種は個人の自由となりますので、本案内は接種を強制するものではありません。

### 1. 対象

愛知県トラック協会の会員となっている運送事業者<sup>※</sup>に勤務している従業員（パート・アルバイト、派遣社員含む）及びそのご家族で、12歳以上の方になります。

ただし、住民基本台帳に記載されていない方（住民票が発行されない方）は対象となりませんので、ご確認をお願いいたします。

アナフィラキシーの経験がある方の接種はできません。事前に確認をお願いします。

※接種には、事前の予約と接種券の持参が必要です。

### 2. 接種期間

1回目接種の期限は、9月25日（土）まで

2回目接種の期限は、10月30日（土）まで

### 3. 接種会場・時間

サンシャインサカエ3階（名古屋市中区錦3-24-4 地下鉄栄駅8番出口より直結）  
（詳細は別添地図参照）

接種時間：午前10時30分から午後19時45分となります。

（土日祝は、午前8時30分から午後20時45分の予定です。）

## 4. 予約方法

インターネット予約のみとなります。

各自のスマートフォンでQRコードを読み取ると、入力画面が表示されますので、必要事項を入力いただき、予約をしていただく形となります。LINEが前提のシステムとなりますので、LINEアカウントやスマートフォンをお持ちでない場合は、同僚、家族等のものから追加登録というかたちで予約をお願いします。

※予約に際しては、所属企業の記載が必須となります。接種券の確実な回収のため、ご自身の紹介で予約をされた方についてはリスト化するなど、すべて把握可能な状態としていただきますようお願いいたします。

## 5. 費用

全て無料となっております。

※接種券の回収ができない場合は、費用負担が生じますのでご了承下さい。

## 6. 当日の持ち物

- ① 接種券
- ② 予診票
- ③ 接種記録書

## 7. 注意事項

- ・他の接種会場で早く予約できた場合は、必ず本予約の取り消しをお願いいたします。
- ・ワクチンの種別はモデルナ製となります。
- ・予約サイトのURLは自ら接種券を管理できる範囲の方に限定してお知らせください。SNSにアップするなど、一般に公開することは厳にお控えください。
- ・運転免許証等の身分証は、忘れずにご持参ください。
- ・通常診療があるので、クリニックへワクチンに関する問い合わせはご遠慮ください。クリニックではワクチンとは別のスタッフになりますのでお応え出来かねます。質問は各団体を通じてお願いいたします。

## 8. 予約システム

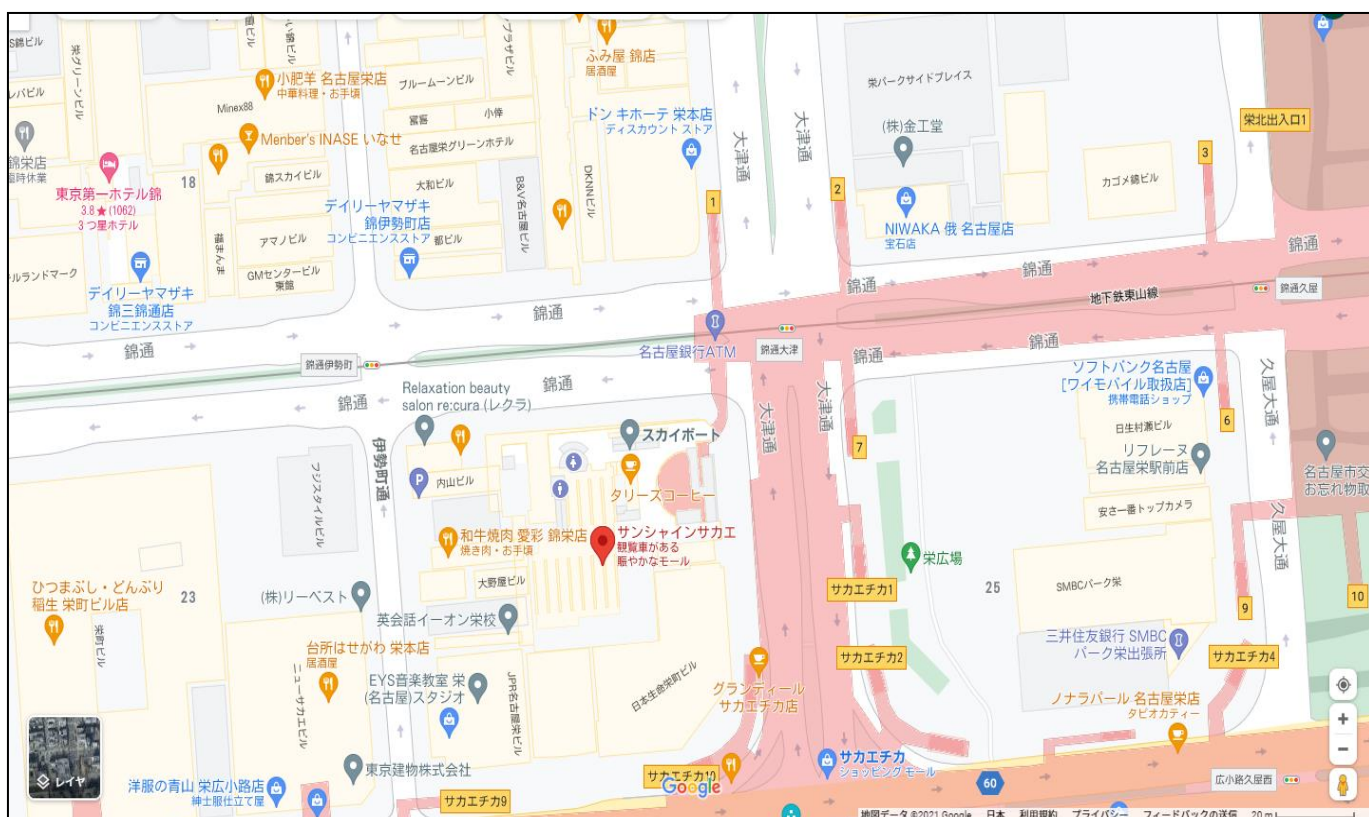
予約サイト：<https://nagoya-covid19vaccine.com/>



※医療機関コード「2317」（ひだまりココロクリニック）を入力して下さい。

※所属団体は「愛知県トラック協会」を選択し、所属する企業名を記入してください。

※まずは接種されるご本人の情報のみ入力して下さい。家族情報という記載がありますが、初回で複数人の登録はできません。一人ずつの入力をお願いします。



## 9. 予約に関するお問合せ先

☎ 080-9675-6171

☎ 080-9675-5968

☎ 080-9675-5830

※本内容は令和3年8月16日時点での内容となります。

事前の予告なく内容が変更となる場合もございますのでご了承ください。

# 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。

※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、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)

↓当日はあらかじめ体温測定をお願いします

住民票に記載されている住所	都 道 市 区 村 府 県 町 村	
フリガナ	フリガナ	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

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 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	
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	

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。	医師署名又は記名押印
	<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)	

## 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
↑接種日をご記入ください	
<small>(※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)</small>	

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	. 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		

# 新型コロナワクチン接種記録書

Record of Vaccination for COVID-19

1回目	メーカー/Lot No. (シール貼付)
接種年月日	
2021年 月 日	
接種会場	

2回目	メーカー/Lot No. (シール貼付)
接種年月日	
2021年 月 日	
接種会場	

氏名 : \_\_\_\_\_

住所 : \_\_\_\_\_

生年月日: \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

## 新型コロナワクチンの接種を受けた方へ

**後日、市町村から届いた接種券を必ず持参してください。**

- 上記の接種記録書は、2回目の接種でもシールを貼付しますので、**2回目の接種にもご持参ください**。接種記録書は、接種の記録となりますので、大切に保管してください。
- 後日、市町村から届いた接種券は、接種会場又は接種会場を主催している企業等にお持ちください。
- 市町村が発行する接種済証が必要な場合は、住民票がある市町村にお問い合わせください。(発行まで時間を要する場合があります。)

### 新型コロナワクチンに関する相談先

- ワクチン接種後に、健康に異常があるとき  
➔ ワクチンの接種を受けた医療機関・かかりつけ医・市町村の相談窓口
- 予防接種による健康被害についての補償(救済)に関する相談  
➔ 市町村の予防接種担当部門

新型コロナワクチンの詳しい情報については、厚生労働省ホームページをご覧ください。  
右のQRコードからアクセスできます。



# 新型コロナウイルスワクチン接種記録書

Record of Vaccination for COVID-19

1回目	接種時にシールを貼付
接種年月日	
2021年 月 日	
接種会場	接種会場が記入

2回目	メーカー/Lot No. (シール貼付)
接種年月日	
2021年 月 日	
接種会場	

氏名	:	_____
住所	:	_____
生年月日	:	年 月 日

接種を受ける者が記入