

新型コロナウイルスワクチン接種について富山市から保護者へのお知らせ

1 接種を受けるか否かの判断について

ワクチン接種は強制ではありません。お子様が接種を受けるに当たっては、同封の「新型コロナウイルスワクチン予防接種についての説明書」をお読みいただき、感染症予防の効果と副反応のリスクについて、お子様と保護者の双方が十分にご理解されたうえで是非を判断し、接種を受けていただきますようお願いいたします。

〈予診票の記入について〉

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区を入れてください。

住居地 接種されている地域	富山県 富山市
氏名	富山 花子
生年月日 (西暦)	2021年 4月 10日
性別	女
診察科の係	内科
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。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
現時点で住居のある市町村と、接種又は右上の請求先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
「新型コロナウイルスの説明書」を読んだ上で、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
現在、何らかの病状にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
病名: <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 肺病 <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"/> 毛細血管出血症候群 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
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 checked="" type="checkbox"/> いいえ
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病状にかかりましたか。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(けいこ)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。 ※「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()	<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)がありますか。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。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
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。	
接種希望する日	2021年 4月 10日
接種希望する時間	10時
接種希望する場所	富山県立富山総合医療センター
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。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
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。	
接種希望する日	2021年 4月 10日
接種希望する時間	10時
接種希望する場所	富山県立富山総合医療センター

新型コロナウイルス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 **富山 花子**

(※自署や「保護者自署」が署名している場合は本人又は成年被後見人自署)
(※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被後見人自署)

保護者がお子様の接種を希望していることを確認するため、予診票には、保護者の氏名を署名してください。

2 保護者の同伴等について

富山市では、皆さんが安全に接種を受けられるよう、16歳未満の方については、かかりつけの医療機関での個別接種をお勧めしております。富山市の特設サイトなどで接種可能な医療機関を確認の上、予約してください。

また、接種直後に体調を崩される場合や、問診時に適正な回答ができない場合等が想定されることから、保護者の同伴を必須とさせていただきます。保護者がやむを得ない理由により同伴できない場合は、保護者以外の方(お子様の健康状態等をよく知る親族等)が同伴することが可能です。その場合は、委任状が必要ですので、裏面の「新型コロナウイルスワクチン接種に係る同伴委任状」に必要事項をご記入のうえ、接種医療機関にご持参ください。

なお、接種日時点で16歳(16歳になる誕生日の前日より対象)の方は、予診票に本人が署名し接種を受けることができ、保護者の同伴は必須ではありません。

問い合わせ先：富山市新型コロナウイルスワクチン接種実施本部
TEL：076-411-9064 (受付時間 平日 9：00～18：00、土日祝 9：00～17：00)
※市外局番からお掛けください。

【保護者の同伴ができない方】

お子様が新型コロナワクチン接種を受ける場合は、定期予防接種と同様に保護者（親権を行う者または後見人）が同伴することが原則です。しかし、保護者がやむを得ない理由により同伴できない場合は、接種を受けるお子様の健康状態を熟知しており、予診票の内容をよく理解している親族（祖父母等）などが同伴することは差し支えありません。

その場合は、保護者の委任状が必要となりますので、下記の委任状に保護者が自署し、予診票に添えて医療機関（接種会場）に提出してください。

※同伴委任状が複数枚必要な場合は、コピーしたものをお使いいただくか、市特設サイトで本委任状をダウンロードしてお使いください。

新型コロナワクチン接種に係る同伴委任状

令和 年 月 日

今回の予防接種を受けるにあたり、私（保護者）が特段の理由により同伴できないため、被接種者の健康状態を熟知している受任者を代理人と定めます。

私は、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などを理解した上で、本日の予防接種に関する一切の権限を代理人に委任します。

ワクチン接種を受ける方

氏 名 _____

委任者（保護者）

氏 名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

代理人（同伴者）

氏 名 _____

住 所 _____

ワクチン接種を受ける方との続柄

祖父 ・ 祖母 ・ 叔父 ・ 叔母 ・ その他（ _____ ）

医療機関等は本委任状を予診票と合わせて富山市保健所保健予防課に提出してください。