

令和8年9月7日

ご入居者様、ご家族の皆様へ

クローバーのさと
イムスホームカウピリ板橋

新型コロナウイルス予防接種（任意）について

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます

さて、当施設では新型コロナウイルス予防接種（任意）の実施に向け、諸準備を進めております。予診票は令和8年9月下旬より順に発送され、インフルエンザ接種日と同日に接種を予定しております。

新型コロナウイルス予防接種をご希望の方は、予診票が届きましたらご記入の上、**令和8年10月14日（水）**までにご提出をお願いいたします。

接種券の到着が遅れている場合もお手数ですが期日までにご意向をお知らせください。

住所地が当施設にある方で接種をご希望の方は、上記期日までにご来所頂き記入をお願い致します。ご来所が難しい場合、予診票の代筆も可能です。

敬具

【問い合わせ先】

クローバーのさとイムスホームカウピリ板橋

担当：生活相談員 勝沢・石川・大塚・木下・斎藤

電話番号：03-3957-1098

コロナワクチン接種券 記入例

(注) 体温は医療機関ではかります。 ※印は医師の記入欄です。

連絡先電話番号	ご家族様 電話番号	診察前の体温	度	分
質問事項 (下の太枠内の質問項目に必要事項を記入し、回答欄のどちらかに○をつけてください)		回答欄		※医師記入欄
1 新型コロナウイルス感染症の予防接種を受けたことがありますか。		はい	いいえ	
①その際に具合が悪くなったことはありますか。		はい	いいえ	
②新型コロナウイルス感染症以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。		はい	いいえ	
2 今日受ける新型コロナウイルス感染症の予防接種について、区からの説明文を読みましたか。		はい	いいえ	
3 今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。		はい	いいえ	
4 今日、体に具合の悪いところがありますか。		はい	いいえ	
具合の悪い症状を書いてください。()				
5 最近1か月以内に熱が出たり、病気に罹ったりしましたか。		はい	いいえ	
病名()				
6 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。		はい	いいえ	
病名()				
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いわれましたか。		はい	いいえ	
7 現在、ほかに何か病気に罹っていますか。 病名()		はい	いいえ	
治療(ステロイド剤やその他の投薬など)を受けていますか。		はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいといわれましたか。		はい	いいえ	
8 ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。		はい	いいえ	
9 薬や食品で、皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。		はい	いいえ	
10 1か月以内に予防接種を受けましたか。予防接種名() 接種日() / ()		はい	いいえ	
11 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、今日の予防接種は(実施できる・見合わせたほうがよい)と判断します。 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種後健康被害救済制度について、説明をしました。 医師署名又は記名押印				
新型コロナウイルス感染症予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。) 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応について理解した上で、接種を希望しますか。 この予防接種は、予防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、本予防接種記録票兼予防接種券が区に提出されることに同意します。 (署名) 年 月 日 接種希望者氏名 接種を希望します・接種を希望しません 代領者氏名 医師 (尚書できない方は代領者が署名し、代領者氏名及び接種希望者との関係性を記載)				
使用ワクチン	接種量	実施場所・接種医師名・接種年月日		
ワクチン名	m ³	実施機関名・住所・電話番号		
接種部位	接種部位	接種医師名		
左・右		接種年月日 (西暦) 年 月 日		

(注) 接種記録が切れていない場合は