

<市の集団接種会場で接種される12～15歳のお子さんの保護者の方へ>

- 新型コロナワクチンの接種は強制ではありません。
- 12～15歳の方は現在医療機関における個別接種のみでの接種となっておりますが、今回のみ集団接種会場での接種が可能です。12歳の方については、9月末までに12歳になる方が接種対象です。
- 接種日：令和3年10月15、16、17日（2回目接種日は11月12、13、14日、1回目接種の4週間後）
- 会場：イオンタウン四日市泊会場 ■ ワクチン：武田／モデルナ社ワクチン
- 予約開始日：9月29日（水）12時30分～ コールセンター（059-327-5990）で先行予約受付いたします。同伴していただく保護者の方（1名）も、同時に予約が可能です。
※WEBでの予約はできません。 【コールセンター 平日8：30～19：00】
- 新型コロナワクチンの接種前および接種後に、他の予防接種を行う場合においては2週間の間隔をおいてください。
- お子さんが接種する場合には、予診票の接種希望書の署名欄に、保護者（父母などの親権者）の氏名を署名してください。予診票に保護者の署名がなければ予防接種は受けられません。
- 原則、保護者の方の同伴が必要です（16歳未満の高校生等も、原則、保護者の同伴が必要です）。
- 保護者がやむを得ない理由により同伴できない場合は、接種を受けるお子さんの健康状態をよく知る親族の方などが同伴し、接種することも可能です。ただし、保護者以外の方が同伴する場合は、「委任状」が必要です。同封の「新型コロナワクチン接種における同伴委任状」を記入のうえ、集団接種会場へご持参ください。なお、同居されている親族の方（祖父母など）が同伴する場合でも委任状が必要となりますのでご注意ください。

<市公式ホームページ 二次元コード>

12歳以上のお子様と
保護者の方へ



新型コロナワクチン予防接種に
ついての説明書



新型コロナワクチン接種に
おける同伴委任状



接種当日の持ちもの

- ・ 接種券
- ・ お子さんの本人確認書類（健康保険証など）
- ・ 予診票 ※予診票の記入にあたっては、下記の記入例をご覧ください
- ・ 委任状（代理人が同伴する場合）
（・ 母子健康手帳 ※できる限りお持ちください）

【お問い合わせ】 四日市市新型コロナワクチン接種コールセンター 059-327-5990

12～15歳 予診票記入例

新型コロナワクチン接種の予診票（1回目）

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

住民票に記載されている住所	三重 都 道 府 県 四日市 市 区 村	電話番号	(090) ●●●● - ●●●●
フリガナ	ヨツカイチ ハナコ	氏名	四日市 花子
生年月日(西暦)	2009年 9月 30日生(満15歳)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
診察前の体温	36度 5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
※左罫に合わせ、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)

保護者の方の緊急連絡先をご記入ください

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	
理解しましたか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
保護者の職業(就業者)の従事者	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
基礎疾患を有する(病名:)			
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()	<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()			
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と言われましたか。	<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、病気にかかったりしましたか。病名()	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	

- 保護者が同伴する場合…接種当日に、保護者が記入してください
 - 代理人が同伴する場合…接種当日に、代理人が記入してください
- ※代理人が同伴する場合、別途「委任状」が必要です

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)	医師署名又は記名押印
	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。 <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。

令和3年 10月 15日 被接種者又は保護者自署 四日市 太郎

(※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	医療機関等コード
	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	医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日 202 年 月 日