

# 今後の予定について

村では、追加接種に対応した集団接種を下記表枠で計画しています。

ワクチンの供給状況や国の方針により日程は変更となる場合もありますので、ご了承ください。変更があった際には、随時お知らせします。

初回接種がまだの方、初回接種を村外で受けた方も村の集団接種を受けることができますので、希望される場合はお早めに相談窓口へご連絡ください。

年齢区分等 【2回目接種時期】	1月	2月	3月	4月
75歳以上 【6月上旬～ 7月上旬】	1月21日以降 ・接種券付き 予診票等送付 ・日時指定通知 送付	2月7～10日 14～15日 集団接種		
ひだまり苑 ケアハウス 入所者 【6月中旬】	1月21日以降 ・接種券付き 予診票等送付	1月31～2月4日 施設で接種		
基礎疾患等 49～74歳 【7月上旬～ 7月下旬】			3月上旬 ・接種券付き 予診票等送付 ・日時指定通知 送付	3月23～25日 3月28～4月1日 集団接種
休日接種(土曜日) 【8月上旬】	5月中旬以降に接種券付き予診票等、日時指定通知を送付します。 集団接種は、6月の予定です。			
休日接種(日曜日) 【8月中旬】				
48歳以下 【9月上旬】				

新型コロナワクチンの有効性・安全性などの詳しい情報については、厚生労働省ホームページの「新型コロナワクチンについて」のページをご覧ください。

厚労 コロナ ワクチン 検索



\* 新型コロナワクチンに関する専門的なお問合せは、国または県の窓口へお願いします。

○厚生労働省新型コロナワクチンコールセンター

☎ 0120-761770 受付時間 9:00～21:00

○秋田県新型コロナワクチン相談センター

☎ 0570-066-567 受付時間 8:00～17:00

# 大潟村役場からのお知らせ

令和4年1月7日

## 新型コロナウイルスワクチン 集団接種について(追加接種)

追加(3回目)接種に対応した村の集団接種を、下記のとおり開始します。  
初回(1回目・2回目)接種を村の集団接種で受けた方に、「日時指定通知」を送付しますので、日時をご確認のうえ、接種を受けてください。

### 【今回日時指定の通知が届く方】

以下を全て満たす方に、1月21日以降に日時指定をお送りします。

- 2回目接種から7か月以上経過した**75歳以上の方**
- 5月31日～7月2日に、村の集団接種で2回目の接種を受けた方

【接種日時】 **2月7日(月) ～ 2月10日(木)**

**2月14日(月) ～ 2月15日(火)**

※接種を取り止める場合や指定の日時で都合が悪い場合は  
指定日の1週間前までに、下記「相談窓口」へご連絡ください。

【会場】 **大潟村村民センター** (大潟村字中央1-17)

【ワクチンの種類】 **武田モデルナ社製ワクチン**

※ワクチンの種類は、国から配分されたワクチンの数量や使用期限の都合により、  
希望に応じて変更することができません。ご了承ください。

### 【下記の方は、お早めに保健センターへご連絡ください】

- 村の集団接種の対象者で、追加接種を希望しない方※75歳以上の方は2/1(火)まで要連絡
- 1回目・2回目の接種がまだの方で、村の集団接種を希望する方※2/28(月)まで要連絡  
(接種券の再発行もできます)
- 初回接種を村外の接種会場で受けた方で、追加接種は村の集団接種を希望する方
- 転入してきた方で、転入前に初回接種をしている方(村で接種記録の把握ができていない場合があるため、接種記録の確認をし、接種券を発行します。)
- 2回目接種を完了して8か月以上経過(医療従事者等は6か月、高齢者は7か月)しているが、接種券付き予診票等が届いていない方

### お問い合わせは

大潟村保健センター TEL. 45-2613 FAX. 27-8420  
大潟村新型コロナウイルスワクチン相談窓口 TEL. 090-2578-2861

## 【持ち物】

- ①接種券付き予診票 (**ご記入のうえお持ちください**)
- ②予防接種済証     ③日時指定通知     脱いだ服を入れる袋
- 本人確認書類 (運転免許証、被保険者証など)
- マスク     お薬手帳 (お持ちの方)



※接種券付き予診票等をなくした方は再発行しますので相談窓口へご連絡ください。

## 【服装】

**すぐに肩を出せるような服装**でお越しください。

\*脱ぎ着しやすい服の上から、寒くないようにコートなどを  
ご着用ください。たくさん着てきた方は、更衣室で半袖等に  
着替え、その上からコートなど上着を羽織っていただきます。  
脱いだ服はお持ちいただいた袋に入れて持ち運んでください。



## 「①接種券付き予診票」 見本

### 新型コロナワクチン接種の予診票 (追加接種用)

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

券種	2 (口予診のみ)	3 回目
請求先	健康県青空市	123456
券番号	2100000001	<input type="checkbox"/> QRコード
氏名	健康 太郎	<input type="checkbox"/> 顔写真

住民票に記載されている住所	都 道 市 区 町 村 府 県 町 村
住所	青空市太陽三丁目1-2-3 ○○○マンション201号室
フリガナ	ケンコウ タロウ
氏名	健康 太郎
生年月日 (西暦)	1959年01月01日 (満 〇 〇 歳) <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
電話番号	( ) ( ) ( ) - ( ) ( ) ( )
診察前の体温	〇 〇 〇 度

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受けたことがありますか。 接種日(1回目: 2021年 4月 1日、2回目: 2021年 5月 6日) 接種を受けたワクチン(ファイザー、ファイザー)	<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、接種券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 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	
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"/> 毛細血管漏出症候群 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> はい <input 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( )		
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
-------	--	------------

医療機関記入欄	<input type="checkbox"/> 時間外(受付時間 : ) <input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> 小児(6歳未満) <input type="checkbox"/> 予備① <input type="checkbox"/> 予備② <small>※該当する項目について、マークの形からはみ出さないように塗りつぶしてください。</small>
---------	---

**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。

2022年 〇 月 × 日 被接種者又は保護者自署 **健康 太郎**

(※自署できない場合は代表者が署名し、代表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、成年被接種者の場合は本人又は成年被接種者自署)

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
	ml	医師名	
※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		接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日	
		2 〇 2 〇 年 〇 〇 月 〇 〇 日	

赤太枠内を記入してきてください。

電話番号

満年齢

質問事項

☆回答欄の「はい」「いいえ」のどちらかに☑を入れてください。  
必要に応じて、( ) 内への記入等をお願いします。

接種希望の☑、日付の記入、接種を受ける方のサインを忘れずに!  
※16歳未満の方が接種を受ける場合は、保護者のサイン

## 「②予防接種済証」見本

111-1111 0000000913  
 青空市大湯三丁目1-2-3  
 ○○マンション201号室  
 健康 太郎 様

自治体コード：123456  
 接種券番号：2100000001

〒111-1111 0000000913  
 000101000001 00005001#

**新型コロナウイルスワクチン接種のご案内**  
 新型コロナウイルスワクチンを受けられます。  
**費用負担はありません。**  
 ・接種を受けるときは、この用紙と予約票を忘れずにお持ちください。  
 ・この用紙は、あなたが行った回のワクチン接種をした事実を証明する大事な書類ですので、大切に保管してください。

新型コロナウイルスワクチン 予防接種済証 (臨時接種)  
 Certificate of Vaccination for COVID-19

あなたの接種券番号：2100000001

3回目	氏名	健康 太郎
接種年月日	メーカー/Lot No. (シール貼付け)	青空市大湯三丁目1-2-3 ○○マンション201号室
年	姓	健康 太郎
月	生年月日	昭和34年1月1日 生
日		健康 太郎

健康 太郎  
 健康 太郎  
 健康 太郎

新型コロナウイルス1、2回目接種記録

接種年月日	1回目	2回目
接種年月日	2021年4月1日	2021年6月6日
メーカー	ファイザー	ファイザー
Lot No.	R0001	R0002

※ 接種された部分の記録については、別途、当該接種の実施者から発行された接種済証、接種記録簿、接種記録簿等によって記録されます。

## 「③日時指定通知」見本

〒 住所 氏名 様

あなたのワクチン接種受付日時は  
**○月△日(×) 3回目**  
**00:00~00:00**  
 です。

**大湯村新型コロナワクチン  
 集団接種のお知らせ**

～必ずご確認ください～

上記太枠内の「受付日時」をご確認ください。  
 ご都合の悪い場合は、お早めに下記の「相談窓口」へご相談ください。

接種当日までに必ず予約票をご記入ください。

- 接種日時：封筒と上記太枠内の「受付日時」をご確認ください。  
 指定の時間内に受付を済ませてください。  
 ※指定された受付日時以外に来られた場合は、ワクチンの接種ができません。
- ワクチンの種類：武田/モデルナ社製ワクチン  
 ※ワクチンの種類は、国から配分されたワクチンの数量や使用期限の都合により、希望に応じて変更することができません。  
 ご了承ください。
- 接種場所：村民センター (大湯村字中央1-1-7)
- 接種費用：無料 (全額公費)
- 持ち物： 用意できたものにチェックを入れましょう。  
 接種券付き予約票・予防接種済証 (別途送付)  
 日時指定通知 (当封筒)  
 本人確認書類 (運転免許証、被保険者証等)  
 マスク (感染予防の観点からご着用ください)  
 お薬手帳 (お持ちの方)  
 住所の他接種届出済証 (村外に住所のある方)  
 脱いだ服を入れる袋

予診票は必ず記入してください。

《問い合わせ先》大湯村新型コロナワクチン相談窓口  
 ☎ 090-2578-2861 (平日 8:30~17:00)  
 (裏面もご覧ください)



「接種券付き予約票」「予防接種済証」  
 をお届けする封筒



「日時指定通知」をお届けする封筒

## 秋田県の事業についてのお知らせ

### 《PCR等検査無料化事業の実施について》

健康上の理由等によりワクチン接種ができない無症状の方や感染不安を感じる無症状の県民が必要となる検査を無料で受けられるよう、秋田県で助成を開始しています。

#### 【対象者と実施期間】

- ・健康上の理由や年齢制限(12歳未満)などによりワクチン接種できない方でイベント、飲食、旅行、帰省等の経済社会活動に必要な検査を受ける場合(令和4年3月31日まで)
- ・無症状で、感染に不安を感じる秋田県民(令和4年1月31日まで)

#### 【検査可能場所】

- ・木下グループPCR検査センター(秋田市役所店 他3ヶ所) ・雄和薬局 ・かがや薬局
- ・西岡メディカル薬局秋田河辺店 ・(一社)秋田県薬剤師会秋田みなみ会営業局

※上記以外の検査場所や事業の詳細は県のウェブサイトをご確認ください。

《掲載 URL <https://www.pref.akita.lg.jp/pages/archive/61915>》

【問い合わせ先】TEL 0120-350-163 受付9時~18時