

沼津卸団地

新型コロナウイルスワクチン

職域接種

接種担当者用資料

令和3年8月25日

協同組合 沼津卸商社センター

接種担当者様へのお願い

接種担当者様は、本資料を必ずご確認ください、
接種される方に周知いただきますようお願いいたします。

1. 接種者個人から組合及び医療従事者へ直接のお問い合わせがいかないようご注意ください。**質問事項に関しては、接種担当者様を通じて組合宛にメールにてご連絡**いただきますようお願いいたします。
2. 接種に従事する医療機関は、医院の休診時間を利用して接種をしていただくため、**予定時間を超過して接種することが出来ません**。接種時は、**時間厳守**をお願いいたします。
3. 組合職域接種では、**接種券をお持ちでない方への接種はできません**。お住いの自治体から接種券が届いていない接種者は、お住いの自治体に連絡し、**接種当日までに接種券を取得**していただきますようお願いいたします。
4. 接種会場ではマスク着用の上、私語をなさることがないようにお願いいたします。
5. 当日キャンセルの場合、ワクチンを廃棄しなければなりません。全国的に不足しているワクチンですので、**当日の接種者が受けられない場合は、社内調整をしていただき代わりに接種者で対応**ください。キャンセル時に対応できる接種体制の構築をお願いいたします。

接種日程・接種場所

接種希望者へのワクチン接種は、下記の日程で実施します。

接種日時		接種日時						
1回目	9月6日(月)	13:00	13:30	2回目				
	8日(水)	13:00	13:30		各時間 50人			
	14:00	14:30	6日(水)			13:00	13:30	
	15:00	15:30	14:00			14:30		
9日(木)	13:00	13:30	15:00	15:30				
	10日(金)	13:00	13:30		7日(木)	13:00	13:30	
					8日(金)	13:00	13:30	

※ 1回目の接種日と4週間後の2回目の接種日をセットでご案内します。

※ 各接種回とも記載の時間にお集まりください。

※ 接種に要する時間は30～60分程度です。(経過観察のための待機時間や混雑度により前後します)

接種会場：沼津卸団地組合会館・展示場

接種当日は、展示場ロビーにお集まりください。

所在地：[静岡県駿東郡清水町卸団地 203 番地](#) ← (Googleマップに移動します)

※ 駐車場は、展示場第1駐車場をご利用ください。(展示場西側に100台)

「二重予約はしないでください！」

市区町村での予約と、組合職域接種の予約が重複している場合は、
組合職域接種を優先し、市区町村での予約はキャンセルしてください。

二重予約をすると、準備したワクチンが無駄になってしまいます。

皆様のご協力をお願いします。

接種予約日の指定

各社の接種担当者様は、組合から接種日の指定に関するお知らせが届いたら、接種予約者毎に接種予約日の指定をしていただきます。

接種予約日は、接種による副反応リスクを考慮した分散接種を原則とします。また、接種人数に応じ組合にて接種日及び接種時間を割り付けさせていただきますので、接種者の指定をお願いします。(割り付けられた接種日時の変更はできません)すべての接種予約者の予約日を指定しましたら、組合メールアドレスまでデータにてご提出をお願いします。

指定方法は下記の通りとなります。

- ① 組合にて加工した**事前登録シート**を**接種担当者様のメールアドレスに送信**します。
- ② 事前登録シートに割り付けられた**接種日時毎に接種者の指定**をしていただきます。
(図1・図2参照)
- ③ 接種日の指定が完了しましたら、**組合メールアドレス (info-oc@numazu-oc.or.jp)**に**データを添付送信**してください。その後、組合から受付完了メールを送信いたします。

【図1】 ※ 「**接種日程**」シートを選択し、**接種者名**をドロップダウンリストから**選択**し、
接種日時毎の接種者を**指定**してください。
接種日毎の接種人数は、右側のカレンダーに記載されている人数となります。

※下記は貴社に割付けられた接種日毎の人数枠となります。
また、接種時間帯毎にも人数の制限がございます。
時間帯毎の人数制限につきましては、左記の日程をご確認ください。

1回目接種実施期間9月6日～10日						
【9月】						
日	月	火	水	木	金	土
			1	2	3	4
5	6 10人	7	8 30人	9 10人	10 11人	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

接種日程 事前登録シート(変更不可) 個別日程(印刷用) 日程リスト

【図2】 ※ 「接種日程」シートで、接種希望者毎の接種日時の指定をしていただくと、「事前登録シート（変更不可）」シートの**接種日欄**に接種日時が表示されます。接種日時以外の表示※がされた場合には、指定方法に不備があるため、指定方法をご確認ください。

No.	組合員名 (ドロップダウンリストから選択してください)	氏名 (入力)	氏名(余角カナ) (入力)	区分 (リストから選択)	性別 (リストから選択)	生年月日 (入力)	年齢 (自動計算)	居住市町村 (リストから選択)	備考 (リストに無い事項・その他備考を記入ください)	接種日
例	種 沼津町団地	組合 太郎	クミアイ タロウ	従業員	男	1988/8/30	52歳	静岡県清水町		
1	協同組合 沼津卸商社センター	組合 一郎	クミアイ イチロウ	従業員	男	1980/1/1	31歳	静岡県清水町		日付指定が複数あります
2	協同組合 沼津卸商社センター	組合 二郎	クミアイ ジロウ	従業員	男	1991/1/1	30歳	静岡県清水町		1日目 / 08月08日 (月) 13:00-
3	協同組合 沼津卸商社センター	組合 三郎	クミアイ サブロウ	従業員	男	1992/1/1	29歳	静岡県清水町		2日目 / 10月04日 (月) 13:00-
4	協同組合 沼津卸商社センター	組合 四郎	クミアイ レロウ	従業員	男	1993/1/1	28歳	静岡県清水町		3日目 / 10月08日 (水) 13:00-
14	協同組合 沼津卸商社センター	組合 五郎	クミアイ ゴロウ	従業員	男	1994/1/1	27歳	静岡県清水町		4日目 / 08月08日 (月) 13:00-
5	協同組合 沼津卸商社センター	組合 花子	クミアイ ハナコ	従業員	女	1990/7/1	28歳	静岡県清水町		5日目 / 10月04日 (月) 13:00-

※ 下記の表示がされたときは、再度、接種者の指定をご確認ください


「日付指定が複数あります」・・・ 同一の接種者が重複指定されています

「日付が指定されていません」・・・ 接種者が指定されていません

注 「事前登録シート（変更不可）」シートは編集することが出来ません。

接種者への配布物

接種担当者は、下記5点を接種者に配布してください。

※  アイコンをクリックしていただければ資料取得できます

必須 1 予診票（組合にて接種人数に応じた数量を配布いたします）

2 予診票記入例 

必須 3 新型コロナワクチンの説明書（武田／モデルナ社製） 

4 接種後の注意点 

5 血をサラサラにする薬を飲まれている方へ 

※16歳未満の方へは下記の配布をお願いします。

必須 ・ 新型コロナワクチンの説明書（16歳未満）（武田／モデルナ社製） 

・ 新型コロナワクチン接種のお知らせ（16歳未満） 

【8/25 追加】

・ 沼津卸団地で新型コロナワクチン「職域接種」を申し込まれた皆様へ 

接種当日の持ち物 および 注意点

職域接種を受ける人は、下記記載の持ち物を忘れることなくお持ちください。

接種当日の持ち物について

当日の持ち物	注 意 点
① 接種券 ※ 全員必須	(接種券がある人) 自治体から発行された接種券をお持ちの方は、接種当日に持参してください。 (接種券がない人) 住民登録されている自治体に、職域接種でのワクチン接種を希望する旨を伝えていただければ、接種券を取得することができます。 接種日までにお手元に届くよう早めに手配し、接種当日に持参してください。
② 予診票 ※ 全員必須 次ページに記入例あり	組合から各社の接種人数分の予診票を配布 いたします。 接種時には、自治体から届いてきた予診票ではなく、組合から配布した予診票を使っていただくことが必須となります。 あらかじめ必要事項を記入 したうえで、お持ちください。 記入の際は、ボールペンで記入してください。 フリクションボールペンでの記入は不可となります。 接種会場に向かう前に検温し、予診票にご記入ください。 事前検温にご協力お願いします。
③ 本人確認書類 ※ 全員必須	接種当日の受付にて、本人確認をさせていただきますので 下記記載の中から1点を必ずお持ちください。 <ul style="list-style-type: none">・ 運転免許証・ マイナンバーカード・ 健康保険証・ 障害者手帳
④ お薬手帳 ※ お持ちの方	薬を服用中の方はお持ちください。 お薬手帳がない方は、その薬の処方箋など薬の名称がわかるものをお持ちください。
⑤ 飲み物 ※ 任意	会場はエアコンを使っておりますが、熱中症対策としてお持ちいただいても構いません。

記入例

*右側の注意事項に従い、正確に記入してください

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☑を入れてください。

住民票に記載されている住所	都道府県	市区町村
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

※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
※左側に合わせ、矢印に沿ってまっすぐに貼り付けてください
(クーポン貼付)

接種券(クーポン)は、接種当日に会場担当者が貼付けしますので、そのままご持参ください。また、接種券(クーポン)が自治体から届いてない方は、お住いの自治体に連絡し、接種券の取得をお願いします。

質問事項	回答欄	医師記入欄
② 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	
③ 現時点で住民票のある市町村と、クーポン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	
④ 『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	
⑤ 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	
⑥ 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	
⑦ 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。 <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)	医師署名又は記名押印
-------	--	------------

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。 <input type="checkbox"/> 接種を希望します ・ <input type="checkbox"/> 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 <small>(※自署できない場合は保護者が署名し、行筆者氏名及び被接種者との捺印を記載) (※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)</small>

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
シール貼付位置	0.5 ml	(職域) 沼津卸団地展示場	111111111111
※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 2021年 月 日

⑩	
---	--

① 住民票がある住所を記入してください
生年月日は西暦で記入してください
年齢は接種当日の年齢を記入してください
体温は会場に来る前に検温し、記入してください

② 接種を初めて受けられる方は、「はい」に☑をしてください。
2回目以降の方は「いいえ」に☑のうえ、1回目の接種日を記入してください

③ 同じであれば「はい」に☑

④ 「新型コロナワクチン予防接種についての説明書」を読み、確認・理解したうえで「はい」に☑

⑤ 該当しなければ「いいえ」に☑

⑥ 現在何らかの病気にかかっていない場合は「いいえ」に☑
かかっている場合は「はい」に☑し、「病名」「治療内容」を記入してください

⑦ 当日の健康状態や、アレルギー症状などについて、該当する「回答欄」に☑し、必要に応じその内容を記載してください
該当しない方は「いいえ」に☑してください

⑧ ワクチン接種を希望の方は「接種を希望します」に☑してください

⑨ ワクチン接種の日にちと、ご自身の名前を記入してください

⑩ 接種者が属する組合員名(会社名)を記載したものを使用してください

接種当日の流れ

職域接種を受ける人は、必ず、事前に以下の当日の流れや注意点をご確認ください。

① 消毒・検温・受付



1. 会場到着後、手指消毒・検温をしていただきます。

※予診票の体温記入欄は、来場前に検温し記入してきてください。

2. 受付にて、予約状況を確認します。本人確認書類の提示をお願いします。

② 予診票確認



3. 接種券、予診票を確認します。

4. 予診票に記入漏れがないか確認します。

※記入漏れがないよう、記入例を参考に確認して来場ください

※予診票確認終了後、待機場所にてお待ちいただきます。

③ 予 診



5. 医師が問診して接種可能か判断します。

※接種当日の体調や医師の問診により、接種が延期や中止になることもあります

④接 種



6. 看護師が注射します。

基本的には左腕（上腕の三角筋の中心付近）への接種となります。
肩の出しやすい服装でお越しください。

⑤証明書交付



7. 証明書交付係から接種済み証明書と待機時間案内メモをお受け取りください。

⑥経過観察



8. 副反応の観察をするため、15分間会場内で待機していただきます。
※医師の判断により30分待機となることがあります

⑦帰 宅



帰宅後副反応があった場合には専用お問い合わせ窓口にご連絡下さい。

ワクチン接種全般に対するお問い合わせ窓口のご案内

《各種電話相談窓口》

① ワクチン接種に関する一般的な相談窓口（電話相談対応等・市町村設置）

- ・ 電話番号、受付時間等 : 市町村コールセンター一覧
[PDFファイル/46KB]
- ・ 相談受付対象となる方 : 各市町村域にお住いの住民等
- ・ 相談受付内容 : 接種を受けられる医療機関、接種券等に関すること、その他ワクチン接種にかかる一般的な質問事項など



② 副反応相談窓口（電話相談対応等・静岡県設置）

- ・ 電話番号 : 050-5445-2369
- ・ 相談受付時間 : 午前9時～午後10時（土日祝日も対応）
[チラシ/PDFファイル/46KB]
- ・ 相談受付内容 : 新型コロナワクチン接種副反応相談に関すること



③ ワクチン施策等について（電話相談対応等・厚生労働省）

- ・ 電話番号 : 0120-761770
- ・ 相談受付時間 : 午前9時～午後10時（土日祝日も対応）
- ・ 相談受付対象となる方 : 全国民等

《参考 厚労省HPについて》

- ・ 新型コロナワクチンの有効性・安全性について

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine_yuukousei_anzensei.html



- ・ 武田/モデルナ社の新型コロナワクチンについて

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine_moderna.html



- ・ 新型コロナワクチン Q&A

<https://www.cov19-vaccine.mhlw.go.jp/qa/>



- ・ 予防接種被害者救済制度

https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkakukansenshou20/kenkouhigai_kyusai/



- ・ 職場におけるいじめ・嫌がらせなどに関する相談窓口

<https://www.mhlw.go.jp/general/seido/chihou/kaiketu/soudan.htm>

