



The City of Nagaoka

# To the Citizens of Nagaoka A Request Regarding COVID-19 Vaccinations



“Your cooperation is most appreciated.”

The enclosed vaccination coupon and Medical Questionnaire Form are necessary when you receive vaccinations.

**If you wish to get vaccinated, keep them secure until the day of your vaccination.**

As supplies of the vaccine may be limited during the initial period of vaccinations, **the City of Nagaoka will begin with vaccinations for residents of elderly care facilities because they have a higher risk of serious infectious symptoms.**

Other elderly people are kindly requested to wait to get vaccinated.

We would like to apologize to the citizens of Nagaoka for this inconvenience. Your kind understanding and cooperation are most appreciated.

## ● Nagaoka City COVID-19 Vaccination Call Center

Phone: 0570-012-035

10:00 a.m. – 7:00 p.m.

(including Saturdays, Sundays, and national holidays)

## ● Nagaoka City International Affairs Center, *Chikyû Hiroba*

Phone: 0258-39-2714

9:00 a.m. – 5 p.m.

(including Saturdays, Sundays, and national holidays)



▲Use this QR code for the Nagaoka City website

# How to Fill out the Medical Questionnaire Form

When getting vaccinated, it is necessary for you to fill out the Medical Questionnaire Form for a pre-examination interview and actual examination. As two shots are required for vaccinations, two sheets of the Medical Questionnaire Form are enclosed. **On the day of your vaccination, take one sheet with you to your vaccination site.**

Fill in **the sections enclosed with bold lines** and take the sheet to your vaccination site.

① Fill in your address, name, phone number, date of birth, age, and gender.

It is not necessary to paste your coupon here. Take the coupon as is. DO NOT remove it from the base sheet.

It is not necessary for you to fill in your temperature here beforehand. Your temperature will be taken at your vaccination site.

② Read the questions and check Yes or No for each one. Also, fill in any necessary information in the parentheses.

If you decide to get vaccinated after having been examined by a physician, put your name here. Do not fill this in beforehand.

**新型コロナウイルスワクチン接種の予診票**

※市町村のホームページを参考にしてください

〒 \_\_\_\_\_ 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

| 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。<br>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 |       |
| 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 type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |       |
| 『新型コロナウイルスワクチンの説明書』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 |       |
| 接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。<br><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<br><input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する(病名: _____)  | <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。<br>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<br><input type="checkbox"/> その他( _____ )<br>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 |       |
| 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言われましたか。  | <input type="checkbox"/> はい <input 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 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。<br>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。<br>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 **Do not write anything here.**  
Note: A physician at your vaccination site will fill in necessary information here.

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 \_\_\_\_\_

(※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、成年後見人の場合は本人又は成年後見人自署)

| 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・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。 |
|---|-----|----------------|-----------------------------------|
| 医師記入欄 <b>Do not write anything here.</b><br>Note: A physician or another staff member at your vaccination site will fill in necessary information here. |     |                |                                   |

Note: The contents described here are based on information confirmed as of March 15, 2021, and may be subject to change.