

新型コロナウイルス感染症ワクチン集団接種(中央区)

運営マニュアル

(210527_VER2.0)

医師・看護師

令和3年5月



新潟市
Niigata City

スタッフ留意事項

(1) 集団接種当日の流れ

- ・ 想定される当日の流れは、概ね以下のとおり。

時 間	項 目
8:30～8:40	会場集合、スタッフミーティング（当日の業務内容確認 等）
8:40～9:00	会場設営・システム操作テスト
9:00～12:00	午前接種（12枠）
12:30～13:30	昼休憩
13:30～16:30	午後接種（12枠）
17:00～17:15	終了 → ミーティング（当日の問題点の集約 等）
17:15頃	解散

※医療従事者勤務時間

【看護師】 午前勤務 8:45～12:45 午後勤務 13:30～17:30

【医師】 午前勤務 9:00～13:00 午後勤務 13:30～17:30

(2) 各会場への移動手段

- ・ 各自で移動手段を確保していただき、指定時刻までに集合する。車で会場まで来た場合は、指定駐車スペースに駐車する。

(3) 昼食及びゴミ

- ・ 食事及び飲み物は各自で用意する。また、持ち込んだ容器などのゴミは持ち帰る事。

(4) 服装・持ち物

- ・ 通常、業務に従事している際の服装。

※なお、会場に更衣室はないため、動きやすい服装での従事でも可。

※ジーパン、サンダル等は不可（但し、ナースサンダルは可）。

※スタッフ（看護師含む）には、役割を記入したビブス（ベスト状の上着）を配布する。

※接種及び薬剤充填係にて、フェイスシールド・ガウン・キャップを用意しておりますので、希望する方は、会場調整員にお声がけください。

- ・ 業務に必要な筆記用具等は事務局で用意する。当日は、事前に配布したマニュアルを忘れずに持参すること。

(5) スタッフ休憩室

- ・ 2階の打合せスペースを使用
- ・ 貴重品は各自携行すること。

4 接種従事者

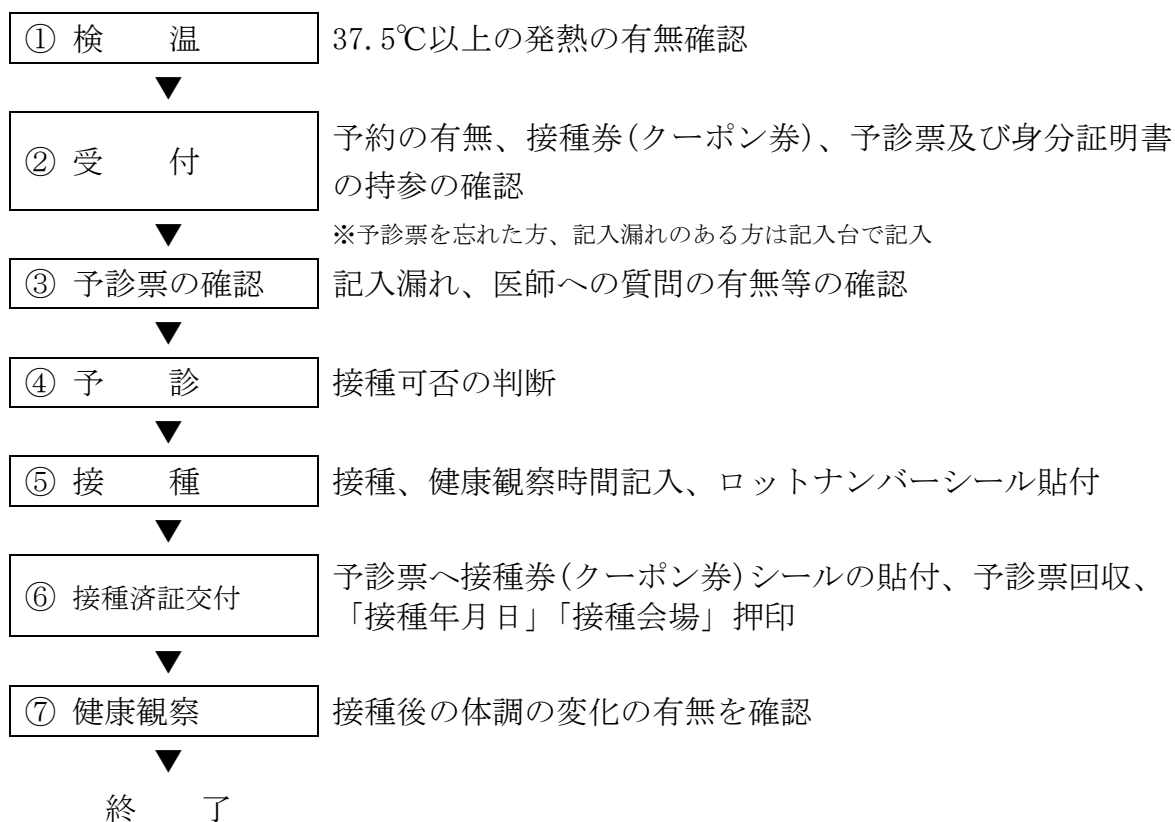
責任者をトップとし、受付班と医療班を設置

・ 1日接種人数、約240名とした場合の人員体制

【総数36名】		
○ 管理班（計4名） 役割の詳細は11ページ	○ 受付班（計12名） 役割の詳細は13ページ	○ 医療班（計20名） 役割の詳細は20ページ
会場責任者（2名） 調整員（2名）	駐車場誘導（2名） 記入補助（1名） 検温（2名） 受付（3名） 予診票確認（3名） 案内①（1名）	予診医師（2名） 案内②～④（3名） 接種補助（5名） 接種看護師（2名） 薬剤充填（2名） 接種済証交付（3名） 健康観察（2名）、完了確認（1名）

5 集団接種の流れ

集団接種当日の主な全体の流れは、以下のとおりとする。



<記入箇所>

受付確認完了のチェック印→



新型コロナ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。

※左欄に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください

黄色の付箋(聴覚障がい、難聴)

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 日生(満 歳)	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
診察前の体温		度 分

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したか。 (注)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現時 赤枠内がきちんと記入されているか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
「新?	<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。 <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	
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	
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。 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)	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。

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、成年被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。
シール貼付位置	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> ml	実施場所	医療機関等コード
※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
			202 年 月 日

◆③予診票確認/薬剤師 1名、ディモルギア 2名(内1名医療事務者)

<p>感染症対策</p>	<p>マスク、飛沫防止パネル</p>
<p>業務内容</p>	<p>□予診票の確認</p> <ul style="list-style-type: none"> ・クリアファイルを受け取り、記入漏れや誤りを含めて記載内容確認する。 ・修正がある場合や記載漏れがある場合は記載してもらう。 <p>□体温（腋窩）計測</p> <ul style="list-style-type: none"> ・腋窩体温計で計測し、予診票に記入する。 <p>□問診</p> <ul style="list-style-type: none"> ・予診票質問事項の回答欄を聞き取る(計測中に) ・訂正箇所は二重線で処理する。 <p>■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が異なる場合→<u>住所地外接種届出済証</u>を持参。 ※スマートフォンによるスクリーンショットでも可。</p> <p>■新型コロナワクチンの説明書を読んで理解しましたかが「いいえ」の場合→不明点をお伺いし回答。回答が困難な場合は会場責任者を呼び対応。</p> <p>■2週間以内に予防接種を受けた場合→高齢者肺炎球菌、インフルエンザ等)を受けている場合、接種間隔を確認する（13日以上の間隔が空いていれば可）。<u>13日未満は接種不可</u>。</p> <p>□予診票確認完了</p> <ul style="list-style-type: none"> ◎完了後、油性マジックの青で予診票右上にチェックを入れる。 ・予診票を本人に渡し、「接種希望書」の「接種を希望します」にチェック、年月日、自署の記入をしていただき、下記に該当するファイルに入れ4番予診に進んでいただく。 ※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び非接種者との続柄を記載 <p>クリアファイル</p> <p>→予診票に問題がなく、医師に質問ない方</p> <p>青ファイルに入れ替える</p> <p>→以下のいずれかに該当する項目がある場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在、何らかの病気にかかって、治療を受けているか。「<input checked="" type="checkbox"/>はい」 ・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 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。「<input checked="" type="checkbox"/>はい」 ・今日、体に具合が悪いところがありますか。「<input checked="" type="checkbox"/>はい」 ・けいれん(ひきつけ)を起したことがありますか。「<input checked="" type="checkbox"/>はい」 ・現在妊娠している可能性はあります(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 checked="" type="checkbox"/>はい」 ・2週間以内に予防接種を受けましたか。「<input checked="" type="checkbox"/>はい」 ・今日の予防接種について質問がありますか。「<input checked="" type="checkbox"/>はい」 <p>赤ファイルに入れ替える</p> <p>→以下のいずれかに該当する場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・薬や食品などで、重いアレルギー症状(を起したことがありますか)。「<input checked="" type="checkbox"/>はい」 ・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。「<input checked="" type="checkbox"/>はい」 <p>※資料編20ページ「予診票の確認ポイント」を必ず確認すること</p>

< 予診票確認時 >

予診票確認完了チェック印→



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。

※左側に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください

黄色の付箋(聴覚障がい、難聴)

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	
生年月日(西暦)	日生(満)	性別

受付時記入済

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 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。 <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	
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 checked="" 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 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 checked="" 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(青ファイル)	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
はい/えん(ひきつけ)を起こしたことがありますか	<input checked="" 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 checked="" 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。赤ファイル 種類() 症状()	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

以上の問診及び診察の結果、今日の接種は (可能 ・ 見合わせる)

医師記入欄 本人に対して、接種の効果、副反応及び予防接種について説明した。
 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)

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
接種量	ml	医師名
予診票確認完了後、記入		
接種、接種済証交付時記入		
接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日		
202 年 月 日		

《医療班》

◆案内誘導②/ディモルギア 1名

感染症対策	マスク、フェイスシールド
業務内容	<p>予診票に問題がなく、医師に質問ない方はクリアファイル 健康観察に特に注意を要する方は赤ファイル 何らかの該当項目がある方は青ファイル</p> <p><input type="checkbox"/>予診票確認が終わった方を順に、医師の診察へ進むよう誘導する。 <input type="checkbox"/>クリアファイルの方は左側予診A、それ以外赤・青ファイルの方は右側予診Bに案内する。混雑状況により柔軟に対応。 <input type="checkbox"/>接種不可と判断された方は⑤接種済証交付に進んでもらう</p>

◆④予診/医師 2名

感染症対策	マスク、飛沫防止パネル、フェイスシールド
業務内容	<p>予診票に問題がなく、医師に質問ない方はクリアファイル 健康観察に特に注意を要する方は赤ファイル 何らかの該当項目がある方は青ファイル</p> <p><input type="checkbox"/>本人からファイルを受け取る。 ・ファイルから予診票を取り出す。 ・予診票記載内容を確認する。 ・予診票に記入漏れがある場合は、聞き取り記入する。</p> <p><接種可能と判断> ・「医師記入欄」の「可能」にチェックをつけ、医師署名欄に署名をする。 ・予診票を受け取りファイルに入れ、本人に渡す。</p> <p><特別な対応が必要（特別対応ブースへ案内する）な場合> ・車いすの方や自分で脱衣が出来ない方、医療行為にて迷走神経反射の既往がある方などに対しては、特別対応ブースでの接種を指示する。 ・「特別対応室利用カード」に、必要な対応策（脱衣介助や臥位での接種、接種部位を臀部に変更等）を記述する。 ・「特別対応室利用カード」をファイルに入れ、本人に渡す。</p> <p><接種不可と判断> ・接種不可と判断した理由を説明の上、「接種できなかった方へ」を記載し、本人へ渡す）⑤接種済証交付に進んでもらう</p>
その他	<p><アナフィラキシーショック等の対応について> <input type="checkbox"/>調整員からの要請に応じて予診Bの医師は救護室へ駆け付ける。 <input type="checkbox"/>腹部触診、皮疹部位の確認、胸部聴診を行う。 <input type="checkbox"/>アナフィラキシーの疑いでエピペン筋注が必要と判断した場合は、エピペンを打つ。</p>

<予診時>

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。

※左側に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください

黄色の付箋(聴覚障がい、難聴)

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)	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女 診察前の体温 度 分

質問事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナウイルス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	
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。 <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	
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	
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。 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)	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、成年被保護者の場合は本人又は成年被保護者自署)

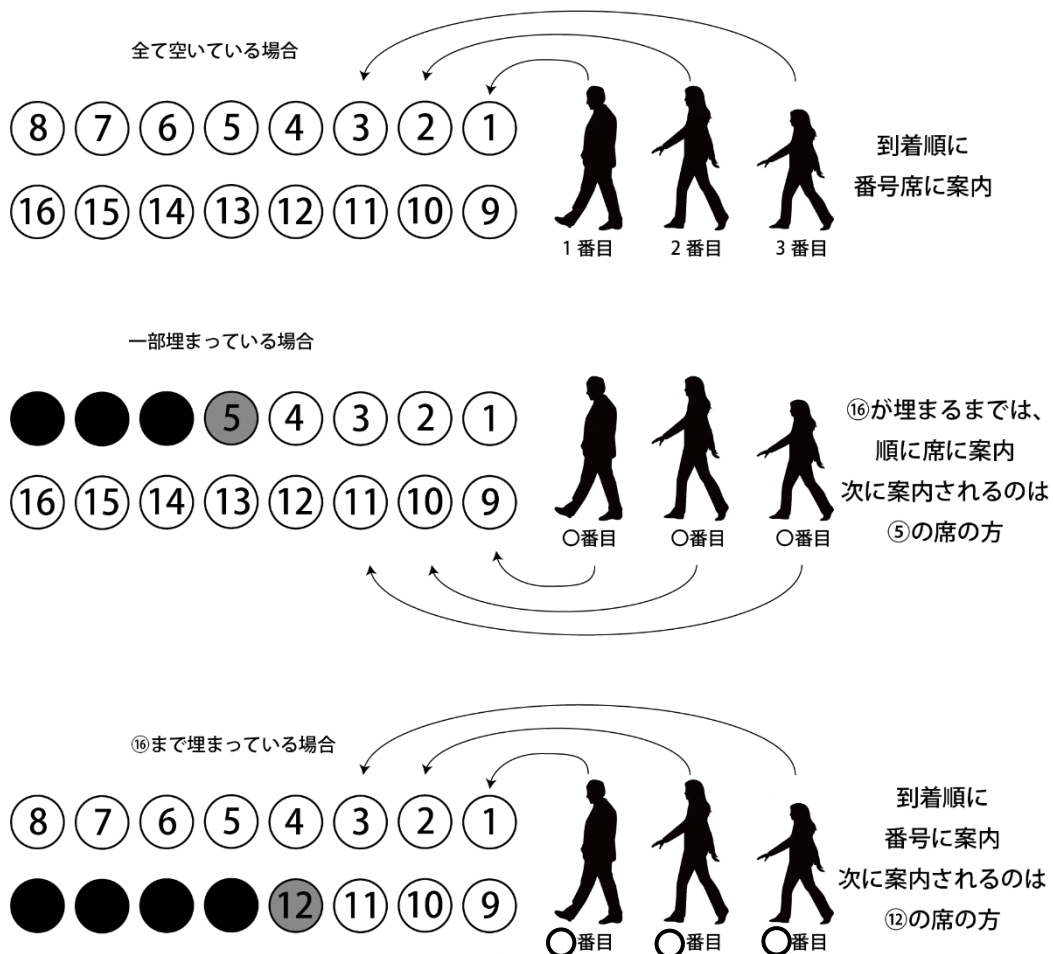
医師記入欄	ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	※医療機関等コード・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。
	シール貼付位置	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> ml	実施場所	医療機関等コード
	※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください (注)有効期限が切れていないか確認		医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
				202 年 月 日

◆案内誘導③/ディモルギア 1名

感染症対策	マスク、フェイスシールド
業務内容	<input type="checkbox"/> 予診へ進むよう案内する。 <input type="checkbox"/> 予診が終わった方を順に、接種へ進むよう誘導する。 ※「特別対応室利用カード」をお持ちの方は奥の接種ブース「お」を案内 <input type="checkbox"/> 接種不可と判断された方を⑤接種済証交付に誘導する。

◆案内誘導④/ディモルギア 1名

感染症対策	マスク、フェイスシールド
業務内容	<input type="checkbox"/> 接種待機席への案内 <ul style="list-style-type: none"> ・①～順に座ってもらい番号順に案内、⑩まで埋まったら空いた①を案内。 ・空いている場合においては、接種ブース「あ」～「え」を直接案内。 <input type="checkbox"/> 接種ブース「お」への案内 <ul style="list-style-type: none"> ・特別対応室利用カードをお持ちの方、車椅子の方、松葉杖、明らかに足が悪い方を案内する。



◆接種補助/ディモルギア 5名

<p>感染症対策</p>	<p>マスク、フェイスシールド、ゴム手袋</p>
<p>業務内容</p>	<p><案内> <input type="checkbox"/> 診察が終わった方を接種待機席に案内する。 <input type="checkbox"/> 1つの通常ブースを専任する。(第5ブースは特別対応室兼用)</p> <p><接種> <input type="checkbox"/> 接種待機席にいる方を担当接種ブース内へ案内する。 <input type="checkbox"/> ブース内に入出した際に接種中のサインを出す。 <input type="checkbox"/> 本人からファイルを受け取る。 <input type="checkbox"/> 接種部位（<u>利き手と反対の肩</u>）を露出するよう指示する。 <input type="checkbox"/> 接種体位をとる（<u>左手を下におろす</u>）よう指示する。 <input type="checkbox"/> 接種看護師を呼び、体位がとれたことを伝える。 <input type="checkbox"/> ファイルから予診票を取り出し、看護師に提示する。 ※状況に応じて、接種者の服を抑えるなど補助を行う。</p> <p><接種終了> <input type="checkbox"/> 接種が終了したら、本人に着衣を指示する。 <input type="checkbox"/> ロットナンバーシールを接種看護師から受け取り <u>接種券(クーポン券)と予診票に貼付</u>。 <input type="checkbox"/> 15分後の時間を <u>経過時間記入用紙</u>に記入（<u>赤ファイルの者は30分後</u>）。 <input type="checkbox"/> 接種券(クーポン券)、予診票、時間を記入した用紙をファイルに入れ渡す。 <input type="checkbox"/> 接種後、「⑤接種済証交付」に進むよう伝える。</p> <p><特別対応室について> <input type="checkbox"/> ファイルに「特別対応室利用カード」が入っている場合は、第5ブースの待機席へ案内し、担当接種補助に引継ぎ。 <input type="checkbox"/> 担当接種補助は接種看護師1名を呼ぶ。看護師指示の元、接種補助を行う。 ※その間は、1名の看護師で通常ブースの対応を行う。</p> <p style="text-align: center;"><u>車椅子ご利用の方は第5ブースを案内してください</u></p> <p><備考> 血をサラサラにする薬を投薬されている来場者に対しては、2分以上接種部位を圧迫する必要がありますので、周知ください。</p>

＜接種補助＞

新型コロナウイルスワクチン接種の予約票

※本券内に記載またはチェックを入れてください。

※高年齢に合わせた、年齢に準って適切な形式に切り替えることができます。
聴覚障がい、難聴
(クーポン発行)

住居の別 市街地 市街地以外	郡 町 市 区 市 町 村	〒
氏名		
生年月日 (西暦)	性別 <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	職業の種類 <input type="checkbox"/> 農 <input type="checkbox"/> 林 <input type="checkbox"/> 漁 <input type="checkbox"/> 畜

新型コロナウイルスワクチンの接種も初めて受けますか。
(接種を受けたことがある場合 1 回目 月 日、2 回目 月 日) はい 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。
「新型コロナウイルスの接種費」を払って、効果や副反応などについて理解しましたか。
接種費用の上位となる市費グループに該当しますか。
「接種補助券」 「75歳以上」「80～84歳」 「高齢者接種券の発行者」
「差込氏名」を有する(氏名)

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: 心臓病 糖尿病 肝臓病 血液疾患 血が止まりにくい病気 免疫不全
 その他()

治療内容: 血をサラサラにする薬() その他()
その物質を服でもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと書かれましたか。
最近1か月以内に熱が出たり、病気がかかったりしましたか。 病名()

今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状() はい いいえ
けいれん(りきつけ)を起こしたことがありますか。 はい いいえ
吐きやぶるなどで、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、食品など原因不明のもの) はい いいえ

これまで予防接種を受けて具合が悪くなったことはありませんか。
(アレルギー) はい 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)はありませんか。または、授乳中ですか。 はい いいえ
2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類() 受け日(月 日) はい いいえ
今日の予防接種について質問がありますか。 はい いいえ

以上の情報及び接種の結果、今日の接種は 可食・ 更食(お断る)

医師の氏名(印刷) _____

※予約記入欄 本人に於いて、接種の結果、副作用及び予防接種副反応発生等の状態について、説明した。
 接種券が白紙状態であり、該当する場合は折りつけてください。

新型コロナウイルス接種希望書

医師の診察・説明を受け、接種の結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。(接種を希望します・ 接種を希望しません)

このことを地域の上、未接種の町民、国民健康保険センター及び高齢者接種推進協議会へ提出されることに同意します。

接種希望日 年 月 日

接種希望時間 _____

氏名: _____ 住所: _____

電話番号: _____

〒 _____

**新型コロナウイルスワクチン
予防接種クーポン券**

この券は接種時に必要です。
無くさないように
大切に保管してください。

559-0354
新潟市中央区浜竹町3丁目3番11号
新報 大塚 様

[4]11310090123456789

**無料で新型コロナウイルスワクチンを接種できます。
年齢等により接種できる時期が異なります。
詳細は、市報にいがた3月28日臨時発行号をご覧ください。**

〈 振 替 券 〉

振替元 新報新聞社 51309	振替先 新潟県新井市 113099
口座記号 312415769	口座番号 0127456789

21.113090123456789 | 1115.0000121456789

振替元 新潟県新井市 51309	振替先 新潟県新井市 113099
口座記号 212415769	口座番号 0127456789

22.113090123456789 | 1211.0000121456789

接種を受ける方へ

●クーポン券を封筒に、お返しの封筒裏面へお持ちください。
●お返しの封筒裏面には貼紙が貼られてお持ち帰りの際ご注意ください。

氏名 大塚 大塚
〒 950-0800
新潟県新井市 中央区 川一

◆接種/看護師 3名

<p>感染症対策</p>	<p>マスク、フェイスシールド、ガウン、非滅菌手袋、キャップ</p>
<p>業務内容</p>	<p>予診票に問題がなく、医師に質問ない方はクリアファイル 健康観察に特に注意を要する方は赤ファイル 何らかの該当項目がある方は青ファイル</p> <p><input type="checkbox"/> 「あ」～「え」までのブースで接種対応 ※「お」ブースは車椅子及び特別対応室対応とする。</p> <p><input type="checkbox"/> 薬剤充填係から1バイアル分の注射セット（薬剤を充填された注射器5本とロットナンバーシール10枚）が乗ったバットを受取り、ワゴンに乗せる。</p> <p><input type="checkbox"/> 接種補助から呼ばれたら、ワゴンを押してブースへ向かう。</p> <p><input type="checkbox"/> 接種補助が提示した予診票を確認し、本人に対し口頭で本人確認を行う。 ・予診票確認の際、「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。」のうち、<u>治療内容の「血をサラサラにする薬」にチェックがついているかを予め確認する。</u></p> <p><input type="checkbox"/> アルコールかぶれの既往を問う。 ・既往がある場合は、クロルヘキシジングルコン酸塩等のアルコール以外の消毒液を使用する。</p> <p><input type="checkbox"/> 接種部位（左上腕の三角筋）をアルコール綿で消毒する。</p> <p><input type="checkbox"/> 左上腕の三角筋に筋肉内接種を行う。</p> <p><input type="checkbox"/> 本人に声掛けし、しびれ感や、激しい痛みがないか確認する。 ・しびれ感がある場合や激しい痛みがある場合、抜針し医師へ相談する。</p> <p><input type="checkbox"/> 接種部位に絆創膏を貼付し、揉まないように指示する。 ・予診票で血をサラサラにする薬を投薬されている来場者に対しては、<u>2分以上接種部位を圧迫するよう指示する。</u></p> <p><input type="checkbox"/> ロットナンバーシールを接種補助に渡し接種券(クーポン券)と予診票に貼付を依頼する。</p> <p><input type="checkbox"/> 1バイアル分の接種が完了したら、再度注射セットを薬剤充填係から受取。</p> <p><特別対応室利用カード></p> <p><input type="checkbox"/> 接種看護師のうち1名は、特別対応ブース「お」も兼任する。 <input type="checkbox"/> 接種補助とともに特別対応室利用カードを確認し、それに従う。 <input type="checkbox"/> 接種補助に対し、必要な補助を指示し、ワクチン接種を行う。 <input type="checkbox"/> 必要に応じて、医師や健康観察看護師に応援を依頼する。</p>

<p>その他</p>	<p><アナフィラキシーショック等の対応について></p> <p><input type="checkbox"/> スタッフからの要請(呼び出しブザー)に応じて駆け付け腹痛、両腕、両足の皮疹を確認。持っているファイル色が赤ファイルの場合、予診票内容も合わせて確認。</p> <p><input type="checkbox"/> アナフィラキシーが疑われる場合、医師の要請(調整員)・救急搬送の要請(会場責任者)の指示を出す。</p> <p><input type="checkbox"/> 調整員と共に対象者の両脇を支えながら、車椅子に移乗させ救護室へと移動、支えながらベットに寝かせる。</p> <p><input type="checkbox"/> バイタルサインを測定する。</p> <p><input type="checkbox"/> 医師の到着後は、医師の指示に従い行動する。</p>
-------------------	---

ワクチン接種手順

1. 薬剤充填係から1バイアル分の注射セット（薬剤を充填された注射器5本とロットナンバーシールが乗ったバットを受取り、ワゴンに乗せる。
2. 接種補助から呼ばれたら、ワゴンを押してブースへ向かう。
3. 左右のいずれの腕に接種するか確認する。
 - ・通常、利き手を反対の腕に接種する
4. 接種補助が提示した予診票を確認し、本人に名乗ってもらい本人確認を行う。
5. 予診票確認の際、「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。」のうち、治療内容の「血をサラサラにする薬」にチェックがついているかを予め確認する。
6. 手指消毒し手袋を装着する。
7. アルコールかぶれの既往を問う。
 - ・既往がある場合は、クロルヘキシジングルコン酸塩等のアルコール以外の消毒液を使用する。
8. 接種部位（上腕の三角筋 肩峰から約3横指下）を確認し、アルコール綿で消毒する。
9. 針のキャップを外し、針を接種部位に対して垂直（90度）の角度で針全体を挿入する。
 - ・やせ型の人は針の長さを調節する。
 - ・大きな血管は存在しないため、血液の逆流確認は不要。
10. 本人に声掛けし、しびれ感や、激しい痛みがないか確認する。
 - ・しびれ感がある場合や激しい痛みがある場合、抜針し医師へ相談する。
11. 薬液を注入する。
12. 接種部位に消毒に用いた綿を当てて針を抜去する。
13. 接種部位に絆創膏を貼付し、揉まないように指示する。
 - ・予診票で血をサラサラにする薬を投薬されている来場者に対しては、2分以上接種部位を圧迫するよう説明し、接種補助者に2分後の止血確認を依頼する。
14. 手袋を外して手指消毒する。
15. ロットナンバーシールを接種補助に渡し接種券と予診票に貼付を依頼する。
16. 1バイアル分の接種が完了したら、再度注射セットを薬剤充填係から受取。

<特別対応室利用カード>

- 接種看護師のうち1名は、特別対応ブースも兼任する。
- 接種補助とともに特別対応室利用カードを確認し、それに従う。
- 接種補助に対し、必要な補助を指示し、ワクチン接種を行う。
 - 必要に応じて、医師や健康観察看護師に応援を依頼する。

◆薬剤充填/看護師 1名

感染症対策	マスク、ガウン、非滅菌手袋、キャップ
業務内容	<input type="checkbox"/> 手指消毒及び手袋を装着する。 <input type="checkbox"/> 当日準備（希釈） <ul style="list-style-type: none"> ・当日使用予定分のワクチンを生理食塩水で希釈し、希釈した日時をラベルに記載する。 <input type="checkbox"/> 直前準備（薬剤充填） <ul style="list-style-type: none"> ・希釈したバイアルから接種量0.3mLをシリンジ(1.0mL)に吸い上げる。 ・注射針とシリンジの接続が確実に行われていることを必ず確認する。 ・接種液を充填したシリンジ（5本）をトレーの上に置く。 ・バットにワクチン接種シール（接種券(クーポン券)と予診票に貼付する分）を添え、1バイアル分の注射セットを完成させる。 ・看護師へバットごと、注射セットを渡す。 <input type="checkbox"/> 16:00残りの接種予定者数を確認する(調整員より報告)。

薬剤充填手順

希釈

1. 希釈するワクチンのバイアルを上下にゆっくりと10回反転（転倒混和）させる。
2. 希釈用シリンジ(3.0ml)に生理食塩液を1.8ml吸引し、アルコール綿でゴムキャップを清拭したバイアル内に注入する。
3. 針を抜く前に、空になった希釈用シリンジ(3.0ml)に空気を1.8ml吸引する
4. 生理食塩液を注入したバイアルを上限にゆっくりと10回反転（転倒混和）する
5. 希釈した日時をラベルに記載する。

直前準備（薬剤充填）

- ・希釈したバイアルから接種量0.3mLをシリンジ(1.0ml)に吸い上げる。
- ・注射針とシリンジの接続が確実に行われていることを必ず確認する。
- ・接種液を充填したシリンジ（5本）をトレーの上に置く。
- ・バットにワクチン接種シール（接種券と予診票に貼付する分）を添え、1バイアル分の注射セットを完成させる。
- ・看護師へバットごと、注射セットを渡す。

◆⑤接種済証交付/ディモルギア 3名

<p>感染症対策</p>	<p>マスク、飛沫防止パネル</p>
<p>業務内容</p>	<p>予診票に問題がなく、医師に質問ない方はクリアファイル 健康観察に特に注意を要する方は赤ファイル 何らかの該当項目がある方は青ファイル</p> <p><接種を終えられた方> <input type="checkbox"/>体調の変化がないか声掛け。</p> <p><input type="checkbox"/>本人からクリアファイルを受け取る。</p> <p><input type="checkbox"/>接種券(クーポン券)「接種券」シール貼り付け ・接種券(クーポン券)「接種券」シールを予診票右上の貼付枠に貼る。</p> <p><input type="checkbox"/>予診票と接種済証のロットナンバーシール貼付確認。</p> <p><input type="checkbox"/>予診票の「実施場所」、「接種年月日」に押印、「医師名」に記入する。</p> <p><input type="checkbox"/>接種券(クーポン券)の「接種年月日」、「接種会場」に押印する。</p> <p><input type="checkbox"/>接種券(クーポン券)シールを貼った予診票を回収する。</p> <p><input type="checkbox"/>接種券(クーポン券)の取扱い注意点の声がけ ・次回も必ずこの接種券(クーポン券)を持参するよう案内 ※2回目接種の方は接種券(クーポン券)を保管いただくよう案内</p> <p><input type="checkbox"/>資料「新型コロナウイルスを接種された方へ」に次回の日時を記入。 ※2回目接種の方は別資料「新型コロナウイルスを接種された方へ」 ※2回目の接種は3週間後の同会場、同時間が原則となります。</p> <p><input type="checkbox"/>接種券(クーポン券)、資料「新型コロナワクチンを接種された方へ」、経過時間記入用紙、予診票(1回目の方のみ)、その他書類等をクリアファイルに入れ渡す。</p> <p><input type="checkbox"/>健康観察のための待機依頼、観察終了後最終確認があるのでお手元にお持ちいただくよう案内。</p> <p><input type="checkbox"/>青ファイルはクリアファイルに差替え</p> <p><2回目接種に関して> ・原則として「3週間後の同会場、同時間」とする。 ・どうしても同じ時間に来られない場合、調整員を呼び対応。 ・指定日または指定会場に来られない場合は予約枠の確保が出来ないため、キャンセル扱いとし個別接種・集団接種をご自身で予約してもらう。</p>

<接種不可と判断された方>

本人からクリアファイルを受取る。

予診票にロットナンバーシールが貼っていない事を確認。

接種券(クーポン券)「診察したが接種できない場合」シール貼り付け。

- ・接種券(クーポン券)「診察したが接種できない場合」シールを予診票右上の貼付枠に貼る。

※対象者は本部(保健所)への連絡が必須となるので、会場責任者を呼び本部へ連絡を取ってもらう(未連絡の場合、1回目接種済として扱われる為)。

連絡が完了次第、予診票を回収する。

「接種できなかった方へ」を確認

- ・医師の指示に従うようにお伝えすると共に「再度予約」の方の場合は、新しい予診票、「接種できなかった方へ」、接種券(クーポン券)をクリアファイルに入れ渡し、お帰りいただく。

<誤って《接種券》シールを貼付、接種できなかった方>

《診察したが接種できない場合》シールを上から貼付け予診票受取り。

さらに《接種券》シールの再発行が必要となるため、「再発行」と付箋を貼り保管。終了後、会場責任者及び調整員に報告する。

・**赤ファイル**の方：赤ファイル優先席（床面赤テープ内）

・**クリアファイル**の方：出口付近の待機席

で経過時間記入用紙に記載の時間まで待機するよう案内する。

＜接種済証交付＞

950-0814
新潟市中央区浜竹山3丁目3番11号
新潟 太郎 様

み
ほ
ん

**新型コロナウイルス
ワクチン
予防接種クーポン券**

この券は接種時に必要です。
無くさないように
大切に保管してください。

無料で新型コロナウイルスワクチンを接種できます。
年齢等により接種できる時期が異なります。
詳細は、市報にいがた3月28日臨時発行号をご覧ください。

（接種券）

接種券①			接種券②		
氏名	ワタナベ 幸子	性別	男	年齢	1
住所	〒951-8509 新潟市中央区浜竹山3丁目3番11号	接種地	新潟市中央区	接種日	11/20/2021
氏名	ワタナベ 太郎	性別	男	年齢	1
住所	〒951-8509 新潟市中央区浜竹山3丁目3番11号	接種地	新潟市中央区	接種日	11/20/2021

接種券①

氏名	ワタナベ 太郎	性別	男	年齢	1
住所	〒951-8509 新潟市中央区浜竹山3丁目3番11号	接種地	新潟市中央区	接種日	11/20/2021

接種を受ける方へ

●シールは剥がさずに、白紙ごと接種票箱へお持ちください。
●白紙の予約記録表は記録がなかった場合は大切に保管してください。

新型コロナウイルスワクチン接種の予約票

※表枠内にご記入またはチェックを入れてください。

接種日: はい いいえ

フリガナ: はい いいえ

氏名: はい いいえ

生年月日 (西暦): 年 月 日 出生(西暦): 年 月 日 性別: 男 女 接種票の持参: はい いいえ

①

※左欄に合わせ、点線に沿って赤十字の
貼り付けてください。

(クーポン貼付)

前回の接種状況	医師の検	医師の検	医師の検	医師の検	医師の検
新型コロナウイルス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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
接種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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
「新型コロナウイルスの説明書」を読み、効果や副作用などについて理解しましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
接種断続の上位となる「接種グループ」に該当しますか。 「医療従事者等」「65歳以上」「60~64歳」「高齢者施設等の従事者」 「基礎疾患を有する(病名:)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
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"/> がん病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <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 type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
治療内容: <input type="checkbox"/> 抗がん剤治療 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
その病気を診てもらっている医師に今日の予約接種をキャンセルしてほしいと書きましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
最近1ヶ月以内に発熱(37.5度以上)や、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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
今日、体に異変(痛み、かゆみ、腫れ)などがありますか。症状: ()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
けいけん(ひきつけ)を経験したことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
食べ物などで、重いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を経験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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
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せんか。 種別: () 症状: ()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
公認期限内に予防接種を受けましたか。種別: () 受け日: ()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
今日の予約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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい

以上の問診票の医師の結果、今日の接種は: 可能 差支がある

医師の検: 本人に付して、接種の同意、接種日時及び予約接種施設を指定する旨について、説明した。
 接種券の記載事項と一致する旨を説明した

新型コロナウイルスワクチン接種希望書
医師の検: 説明を受け、接種の結果や副作用などについて理解した上で、接種を希望します。(接種を希望します 接種を希望しません)
この希望書は、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、本希望書の受付、接種施設接種士協会及び接種施設接種士協会に提出されることに同意します。

接種券①: はい いいえ

接種券②: はい いいえ

接種券③: はい いいえ

接種券④: はい いいえ

接種券⑤: はい いいえ

接種券⑥: はい いいえ

接種券⑦: はい いいえ

接種券⑧: はい いいえ

接種券⑨: はい いいえ

接種券⑩: はい いいえ

接種券⑪: はい いいえ

接種券⑫: はい いいえ

接種券⑬: はい いいえ

接種券⑭: はい いいえ

接種券⑮: はい いいえ

接種券⑯: はい いいえ

接種券⑰: はい いいえ

接種券⑱: はい いいえ

接種券⑲: はい いいえ

接種券⑳: はい いいえ

◆⑥健康観察/ディモルギア2名

<p>感染症対策</p>	<p>マスク、フェイスシールド</p>
<p>業務内容</p>	<p>予診票に問題がなく、医師に質問ない方はクリアファイル 健康観察に特に注意を要する方は赤ファイル</p> <p><input type="checkbox"/>待機場所への誘導 ※健康観察①のみ※</p> <ul style="list-style-type: none"> ・赤ファイルの方は赤ファイル優先席（床面赤テープ内）にクリアファイルの方は出口付近の待機席に案内する。 <p><input type="checkbox"/>接種後の健康観察を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・経過観察記入用に記載されている時間中は待機するよう案内 ・赤ファイルを持っている方は、注意深く観察する。 ・被接種者に対して、接種後の留意点等の説明を行う。 <p><接種後の留意点について></p> <ul style="list-style-type: none"> ・県作成資料（ワクチン接種後の過ごし方）を必要な方に配布又はモニターにて視聴させ、接種後の注意点について確認すること。 ・健康観察中、いつもと違う体調の変化や異常があれば、すぐに申し出るようアナウンス。 <p><input type="checkbox"/> <u>体調不良者を確認した場合は、速やかに看護師を呼ぶ。</u></p> <p><input type="checkbox"/> 看護師は必要があれば医師と会場責任者及び調整員を呼ぶようスタッフに指示を出す。</p>
<p>その他</p>	<p><アナフィラキシーショック等の対応について></p> <p><input type="checkbox"/> 体調不良者を確認した場合は、<u>速やかに呼び出しブザーを押す。</u></p> <p><input type="checkbox"/> 看護師が駆け付け腹痛、両腕、両足の皮疹を確認。持っているファイル色が赤ファイルの場合、予診票内容も合わせて確認。</p> <p><input type="checkbox"/> 会場責任者・調整員が到着したら、通常業務に戻る。</p> <p><input type="checkbox"/> アナフィラキシーが疑われる場合、看護師が医師の要請(調整員)・救急搬送の要請(会場責任者)の指示を出す。</p>

◆経過完了確認・駐車券処理/ディモルギア1名

<p>感染症対策</p>	<p>マスク、フェイスシールド</p>
<p>業務内容</p>	<p> <input type="checkbox"/>経過完了確認 ・経過時間記入用紙の時間確認。 </p> <p> <input type="checkbox"/>クリアファイルの回収 ・中の資料を取っていただき、クリアファイル(透明、赤)を回収する。 ※基本は回収するが、カバンがないなど持ち運びに不便が生じる場合やカバンにしまっている場合はその限りではなく、柔軟に対応する。 </p> <p> <input type="checkbox"/>駐車場ご利用確認 ・本館、分館駐車場はご利用しているか？ 利用している場合、駐車券を預かりハンコを押して無料処理機に通す。 </p> <p> <input type="checkbox"/>体調の変化や異常があれば、お近くの医者に受診するよう伝える。 </p> <p> <input type="checkbox"/>2日以上熱が続く場合や症状が重たい場合には、かかりつけ医もしくは「新潟県新型コロナワクチン医療健康相談センター」025-385-7762へご相談いただくよう伝える。 </p> <p> <input type="checkbox"/>質問事項への対応 ・質問対応Q&Aを参照し対応 ※対応しきれない場合は、調整員もしくは会場責任者を呼ぶ。 </p>

3 急変時対応

(1) 急変時の対応

①アナフィラキシーについて

- ・ ワクチンの接種において起こる、免疫の付与（本来の目的）以外の反応を副反応という。最も重篤な副反応として注意すべきなのがアナフィラキシー（特に重篤なものをアナフィラキシーショックと呼ぶ）である。
- ・ アナフィラキシーはワクチン製剤へのアレルギー反応が原因となって生じるが、初回の接種でも起こりうる。
- ・ ファイザー製のワクチンは接種を受けた約 190 万人のうち、重篤なアナフィラキシーと診断されたのは 21 人で、約 10 万人に 1 人であった（米疾病対策センター公表値より）。
- ・ その 70%以上が接種後 15 分以内に発症していたが（中央値は 13 分）、約 10% は接種後 30 分を過ぎてからの発症であったため、遅れて発症することにも留意が必要である。
- ・ また発症者の 80%以上にアレルギー反応の既往があったため、薬剤・食物・ハチ毒などによるアレルギー・アナフィラキシーの既往がある者へは慎重な投与が必要である。
- ・ 発症した場合、アドレナリン製剤（エピペン®）の筋肉注射を迅速に行うことが救命のために最重要である。

②実際の症状と対応

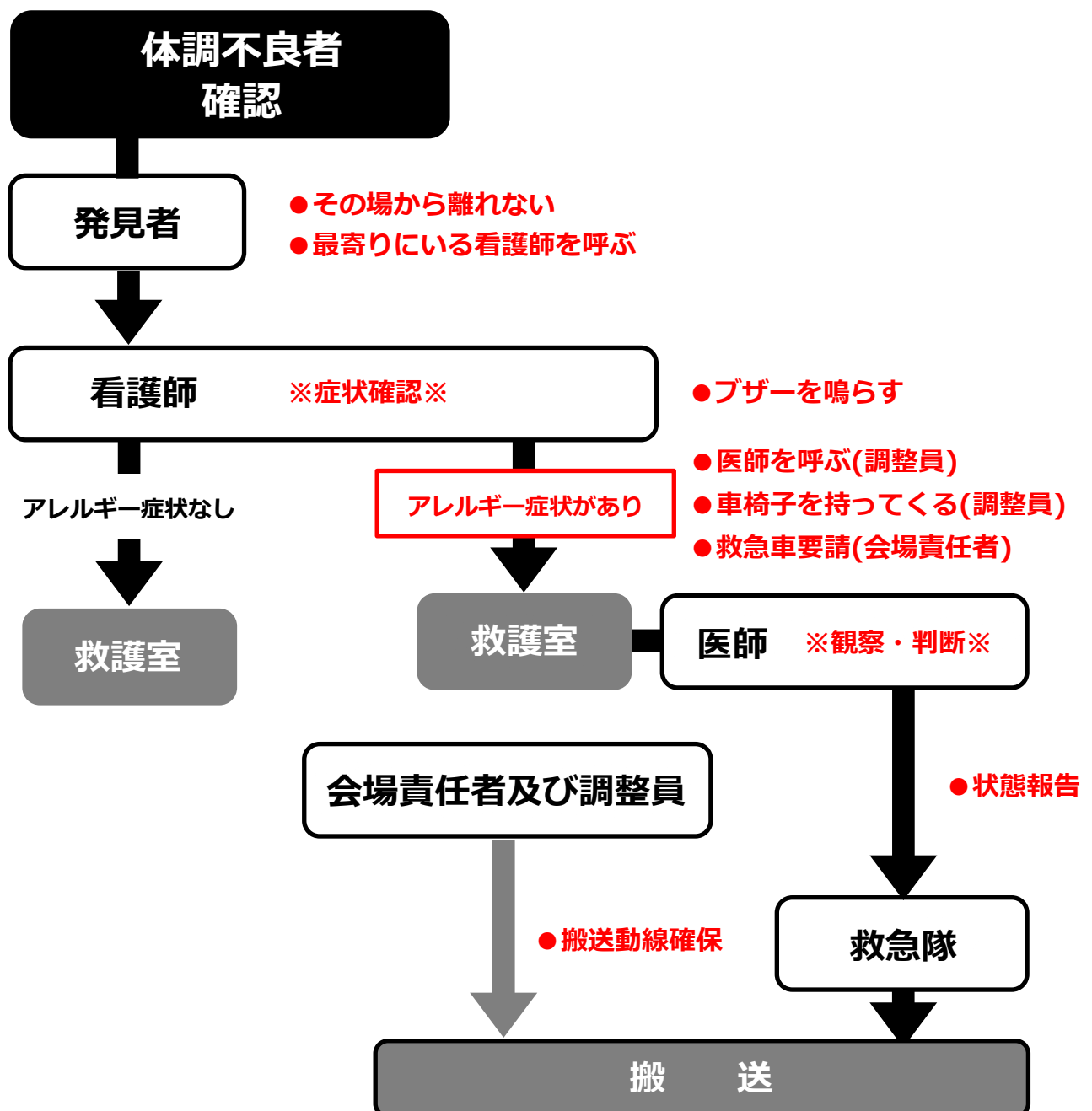
○ アナフィラキシーの部位別症状

部位	症状
皮膚 (最多、90%)	かゆみ、紅潮、じんましん、腫れ <u>*注射した部位に関係なく生じる</u>
眼	かゆみ、流涙、発赤、まぶたや眼の周囲の腫れ
鼻・口	鼻水、鼻づまり、舌の腫れ
のど・肺	息が苦しい（吸えない、吐けない）、咳が止まらない 喘鳴（ゼーゼーと喘息様の発作）、痰がどんどん出る のどの腫れ・かゆみ・つまる感じ、声がかすれる、窒息する
心臓・血圧	めまい、脱力、失神、心拍数の異常や不整脈、血圧の低下
お腹	吐き気、おう吐、腹痛、下痢
神経	不安・興奮・混乱（意識がわるい）、意識消失（呼びかけに反応しない）

(<https://www.risktaisaku.com/>より引用、一部改変)

- 血管迷走神経反射（神経調節性失神）との関係
 - ・ 注射によって起こる血管迷走神経反射による失神と、アナフィラキシーショックの鑑別は困難なことが多い。
 - ⇒ 原則、「アナフィラキシーへの対応」を優先する。
 - ・ 過去に複数回、注射後の血管迷走神経反射を起こしたことがある方で、あらかじめ臥位での注射が必要な方などについては、現場での医師の判断に従う。

発生時フローチャート



○ アナフィラキシー発症時の対応

重症者の対応(プロトコル)

★ 接種後の健康観察時間内に、
次の症状のうち
どれか1つでも新しく生じたら



- エピペン注射！
(できるだけ速やかに)
- 医師と救急車をコール！

皮膚の症状	からだの広い範囲の発赤、強いかゆみ
目や口の症状	顔全体の腫れ、のどや胸がつまる感じ、声がかれる
消化器の症状	明らかな腹痛、複数回のおう吐、下痢・便失禁
呼吸器の症状	連続するせきこみ、犬の遠吠えのような咳、 ゼーゼーする呼吸、息苦しさ
全身の症状	ぐったりする、ふらふらして立ってられない、 唇や爪が青白い(チアノーゼ)、脈を触れにくい、 意識がもうろうとしている、呼びかけに答えない

・ エピペンを打つことによる副作用は小さいが、
打たないことによるリスクははるかに大きい。



迷ったら打つ！

・ 医師に限らず、看護師やその他の職員が打っても構わない。



「誰が打つか」より、「いかに早く打つか」が重要！

・ 効果がうすいときは、5～15分ごとに繰り返し使用可能。



救急隊が到着するまで、医師の指示に従う

軽症の場合

★ 次の症状のみの場合はエピペン注射の必要はないが、
医療機関への受診をうながす。

- まぶたやくちびる、口の中に少しむくみ・かゆみがある。
- 1回のみのおう吐。
- 歩行はできるが、少しふらついたり、いつもより元気がない。

★ 次の症状のみの場合は15分間の状態観察後、帰宅可能。

- からだの一部が少しだけかゆい。
- 鼻水・鼻づまり・くしゃみが少し出る。
- ちょっとだけ咳が出る。

エピペンの具体的な手順

- エピペンの処方には、処方医師登録が必要である。
- 登録にはオンライン講習の受講が必須である。
- 登録完了までに数日を要する。(作業自体は30分)

①「エピペン 登録」で検索する。 ⇒<https://www.epipen.jp/>

②【公式】エピペンサイト | アナフィラキシー補助治療剤 - アドレナリン自己注射薬

エピペン®注射液 | マイランEPDへアクセスする。

Mylan Better Health for a Better World EPIPEN® エピペンサイト

アナフィラキシー補助治療剤 - アドレナリン自己注射薬 エピペン®注射液

文字サイズ 小 中 大

エピペン®注射液を処方された患者様とご家族のためのページ

エピペン®注射液を正しく理解・使用いただくための情報をご提供します。使用期限をお知らせするプログラムにもご登録いただけます。

教職員・保育士・救急救命士のためのページ

教職員・保育士・救急救命士の方を対象に、エピペン®注射液の使用に関する情報や講習会に役立つコンテンツを掲載しています。

医療関係者のためのページ

製品・疫学情報をはじめ、患者さまへの説明に役立つ情報をお届けします。エピペンを処方または常備するためのオンライン講習はこちらです。

エピペンオンライン登録講習

オンライン登録講習の所要時間は約 20分

- 24時間いつでも受講が可能
- 登録完了メール受信後、すぐに処方・常備が可能

③「医療関係者のためのページ」をクリックする。

医療関係者のためのページ

製品・疫学情報をはじめ、患者さまへの説明に役立つ情報をお届けします。エピペンを処方または常備するためのオンライン講習はこちらです。

エピペンオンライン登録講習

オンライン登録講習の所要時間は約 20分

- 24時間いつでも受講が可能
- 登録完了メール受信後、すぐに処方・常備が可能

④新規会員登録に自身のメールアドレスを入力し、送信する。

新規会員登録

メールアドレス

送信

⑤登録用URLがメールにて送信されるので、URLをクリックする。

※個々で異なる可能性があるためURLは記載しない。

⑥会員登録フォームに必要事項を入力し送信する。

⑦会員登録完了

■ 新規登録 : 完了

会員情報の登録作業が完了致しました。
登録いただいた内容の確認が完了次第、「エピペンサイト」会員登録完了のお知らせをメールにてご連絡致します。
会員登録が完了するまで数日かかります。その間はログインすることができませんのでご了承ください。

エピペンの処方・常備を希望される方へ

エピペンの処方・常備には、承認条件によりあらかじめ講習の受講、登録が必要です。
すぐに受講を希望される場合は、このまま下記URLからログインください。
所要時間は約20分です。

本ページを一旦閉じると、会員登録が完了するまでログインおよびオンライン講習の受講ができません。
ご了承ください。

[オンライン講習：エピペンの処方にあたって](#)

⑧ エピペンオンライン講習を受講する。(20 分間)

処方医師とは

エピペンを患者様に処方すること、また緊急時の使用のためにエピペンを常備することが可能です。

[処方医師 オンライン講習を開始する >>](#)

⑨ 処方医師登録フォームを記入する。

■ エピペンの処方にあたって > 処方医師登録フォーム

処方医師登録フォーム

※このフォームはエピペン注射液を処方される先生方の登録用です。

⑩ すべての項目に入力し、「登録」をクリックする。

すべての項目が正しい事を確認の上「登録」ボタンをクリックしてください

[戻る](#)

[登録](#)

⑪ オンライン登録完了

完了後、「【エピペンサイト】オンライン講習 登録完了のお知らせ」がメールにて連絡される。

処方医師登録フォーム（完了画面）

※このフォームはエピペン注射液を処方される先生方の登録用です。

オンライン登録が完了いたしました

エピペン注射液オンライン登録講習を受講下さり、誠にありがとうございました。
登録頂いた内容の確認が完了次第、「【エピペンサイト】 オンライン講習 登録完了のお知らせ」をメールにてご連絡致します。登録完了メール受信後、エピペンの処方が可能になります。

[エピペン製品サイトトップへ戻る](#)

⑫エピペン処方医師登録

数日後、メールにて登録完了連絡が行われる。

【エピペンサイト】 オンライン講習 登録完了のお知らせ

先生

エピペンオンライン講習を受講いただきましてありがとうございます。
申請いただきました下記内容にて登録が完了いたしました。

登録種別：処方医師

ご施設名：

引き続きエピペンをご愛顧賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

本メール内容に覚えのない方は、
お手数ですがメールの削除をお願い致します。

※エピペン処方医師とは

エピペン処方医師とは

エピペンを患者様に処方すること、また、緊急時の使用のためにエピペンを常備することが可能です。

エピペン®の使い方

アナフィラキシーの徴候や症状を感じたときに、太ももの前外側

● エピペン®の使い方 —アナフィラキシーがあらわれたら—

STEP 1 準備

携帯用ケースのカバーキャップを指で開け、エピペン®を取り出します。オレンジ色のニードル(針)カバーを下に向けて、エピペン®のまん中を利き手でしっかりと握り、もう片方の手で青色の安全キャップをまっすぐ上に外し、ロックを解除します。



- 青色の安全キャップをかぶせた状態では、バネが固定されており、注射針が不用意に飛び出さないようになっています。使用時まで青色の安全キャップは取り外さないでください。
- 安全キャップを外した後は、誤注射を防ぐため取り扱いに十分注意してください。
- 絶対に指または手などをオレンジ色のニードル(針)カバーの先端に当たらないように注意してください。
- 使用する前に青色の安全キャップが浮いていないか、注射器の窓から見える薬液が変色していないか、また沈殿物がないかを必ず確認してください。
- 青色の安全キャップを外すときに横向きの力を加えないでください。

エピペン®使用時のチェックリスト

- 携帯用ケースからエピペン®を取り出す
- 青色の安全キャップが浮いていないか、薬液が変色していないかまた沈殿物がないかを確認する
- オレンジ色のニードル(針)カバーを下に向け、利き手で持つ
- もう片方の手で青色のキャップをまっすぐ上に外す
- 本人以外が打つ場合、足が動かないように固定する
- 衣服の上から打つ場合、ポケットの中身を出す
- 太ももの前外側に垂直になるように、オレンジ色のニードル(針)カバーの先端を当てる
- カチッと音がするまで強く押し当て、数秒間待つ
- エピペン®を太ももから離す、オレンジ色のニードル(針)カバーが伸びていることを確認する
- 使用済みのエピペン®を携帯用ケースに戻す

STEP 2 注射

エピペン®を太ももの前外側に垂直になるようにし、オレンジ色のニードル(針)カバーの先端を「カチッ」と音がするまで強く押し付けます。太ももに押し付けたまま数秒間待ちます。エピペン®を太ももから抜き取ります。



- エピペン®の上下先端のどちらにも親指をかけないように握ってください。
- 太ももの前外側以外には注射しないでください。
- 投与部位が動かないようにしっかり押さえてください。
- 太ももにエピペン®を振りおろして接種しないでください。
- 緊急の場合には、衣服の上からでも注射できます。

環境再生保全機構 ERCA(エルカ)
[ぜん息予防のためのよくわかる食物アレルギー対応ガイドブック2014]
(https://www.erca.go.jp/yobou/pamphlet/form/00/pdf/archives_24514.pdf) 21頁より、
エピペン®を座位で注射する場合の画像を加工して掲載(2019/10/30参照)

患者本人以外が投与する場合

- 注射時に投与部位が動くと、注射部位を損傷したり、針が曲がって抜けなくなったりするおそれがあるので、投与部位をしっかり押さえるなど注意してください。



に速やかに注射してください。

使い方動画は
エピペン®サイト
<https://www.epipen.jp>
をご覧ください



STEP 3 確認

注射後、オレンジ色のニードル(針)カバーが伸びているかどうかを確認します。ニードル(針)カバーが伸びていれば注射は完了です(針はニードルカバー内にあります)。

オレンジ色のニードル(針)カバー

使用前

伸びた状態

使用後

- オレンジ色のニードル(針)カバーが伸びていない場合は、注射は完了していませんので、再度、STEP1~3を繰り返して注射してください。
- エピペン®の注射後は、直ちに医師による診療を受けてください。

STEP 4 片付け

使用済みのエピペン®は、オレンジ色のニードル(針)カバー側から携帯用ケースに戻します。

- 注射後は、オレンジ色のニードル(針)カバーが伸びているため、携帯用ケースのキャップは閉まりません。無理に押し込まないようにしてください。
- 注射後、薬液の大部分(約1.7mL)が注射器内に残っていますが、再度注射することはできません。
- エピペン®注射液を使用した旨を医師に報告し、使用済みのエピペン®注射器と青色の安全キャップを医療機関等にお渡しください。

Check

エピペン®注射液0.3mgおよびエピペン®注射液0.15mgの使い方は同様です。お尻や腕には絶対に注射しないでください。もしも、誤ったところにエピペン®を使用してしまったら、直ちに最寄りの医療機関を受診してください。

★誤注射を避けるために

- オレンジ色のニードル(針)カバーの先端に指などを押し当てると、針が出て危険です。絶対に行わないでください。オレンジ色のニードル(針)カバーの先端部から露出する針の長さは0.3mg約1.5cm、0.15mg約1.3cmです。
- 危険ですので絶対に分解しないでください。



○希釈・充填等について

※ 看護師が行う。

【希釈・調整】

- ① 希釈前に冷蔵庫から取り出し、室温（25℃以下）で 30分間安置する。
ただし室温で安置できる時間は 2時間以内。
（すぐに希釈しない場合は、いったん冷蔵庫へ戻す）
- ② 希釈前に、ワクチンと生理食塩液の有効期限を再度確認する。
- ③ 室温にて、バイアルをゆっくりと10回転倒混和する。（振ってはいけない）
ワクチン溶液は正常であれば白色～灰白色の懸濁液である。変色があれば、そのバイアルは使用しない。
- ④ バイアルの蓋をはがし、上面をアルコール綿で清拭する。また生理食塩液のアンプルも同じくアルコール綿で清拭する。
- ⑤ 希釈用針を希釈用シリンジ(3.0mL)に接続し、生理食塩液を1.8mL吸引する。
（余った生理食塩液は他バイアルの希釈に使わず、廃棄する）
- ⑥ ワクチンのバイアルに吸引した生理食塩液を注入する。
- ⑦ 針を抜く前にバイアル内の空気を1.8mL吸引し、バイアル内の圧を生理食塩水注入前後で一定にする。
- ⑧ ゆっくりと10回転倒混和する。（振ってはいけない）
- ⑨ 希釈した時刻を記載しておく。
- ⑩ 希釈後のワクチンは、室温（～25℃）で6時間使用可能である。6時間以上過ぎたものは廃棄し、冷蔵庫へ戻さない。

【充填・接種準備】

- ① 付属の接種用針を接種用シリンジ(1.0mL)に接続する。。
- ② 希釈したワクチンのバイアル上面を、再度アルコール綿で清拭する。
- ③ 接種用針を接続した接種用シリンジを用いて、希釈後のワクチンを0.3mL吸引する。
- ④ シリンジの中に気泡がないことを確認する。気泡がある場合やワクチンを吸い過ぎた場合は、針をバイアルから抜かずに余分なワクチンや空気を戻す。
- ⑤ ワクチンを充填した接種用シリンジを、医療用バットの上に並べる（針は付け替えない）。ロットナンバーが印字されたシールもすぐに貼れるように準備する。
※ 1バイアルの希釈済みワクチンから5回分（0.3mL×5本）が採取可能。
- ⑥ 5本準備したら看護師へ渡す。余った希釈済みワクチンは廃棄する。

枠	時間	予約 人数	ワクチン 取り出し	ワクチン充填 (1人)	接種 (3人 うち1人はワクチン充填 副担当としてWチェック担当)
	8:15		16V(管理班調整員担当)		
	8:45			予約者が接種ブースに入る までNs4人で充填作業(①~ ④枠の40人分8V程度)	
①	9:00	10		その後1人で充填作業	9:05頃接種ブースに予約者が入るので接種業務に移動
②	9:15	10			
③	9:30	10	8V	希釈用シリンジ1.8ml、 接種用シリンジ0.3ml 充填されていることを Wチェックしながら作	
④	9:45	10			
⑤	10:00	10		⑤~⑧枠の40人分8V充填終了	
⑥	10:15	10			
⑦	10:30	10	12V		
⑧	10:45	10			
⑨	11:00	10		⑨~⑫枠の40人分8V充填終了	
⑩	11:15	10			
⑪	11:30	10			
⑫	11:45	10			
	12:00				接種終了したNsは充填作業へ
	12:45	AM120人		⑬~⑯枠の60人分12V充填終了 午後用の接種用シリンジを5本ずつバットに入れバットで ふたをして机に並べておく	
⑬	13:30	10	12V(業務開始時にワクチンを取り出す)		充填作業開始までは4人で接種
⑭	13:45	10			
⑮	14:00	10		14時から⑰~⑳枠の60 人12V充填作業開始	
⑯	14:15	10			
⑰	14:30	10		Wチェック午前と同様	
⑱	14:45	10			
⑲	15:00	10			
⑳	15:15	10			充填作業終了後は4人で接種
㉑	15:30	10			
㉒	15:45	10			
㉓	16:00	10			
㉔	16:15	10			
	16:30	PM120人			

VI.事後処理

新型コロナウイルスワクチン接種は、定期の予防接種の「臨時に行う予防接種」として実施される。

(参考)

令和2年12月9日付け 健発 1209第2号「予防接種法及び検疫法の一部を改正する法律等の施行について」 厚生労働省健康局長通知
第二 改正法による予防接種法の一部改正

一 予防接種の実施に関する事項

(2) 市町村長が行う予防接種を第6条第1項の規定による予防接種とみなして、規定を適用するものとする。 (附則第7条第2項関係)

第6条第1項の規定による予防接種

第三章 定期の予防接種等の実施

(臨時に行う予防接種)

第六条 都道府県知事は、A類疾病及びB類疾病のうち厚生労働大臣が定めるもののまん延予防上緊急の必要があると認めるときは、その対象者及びその期日又は期間を指定して、臨時に予防接種を行い、又は市町村長に行うよう指示することができる。

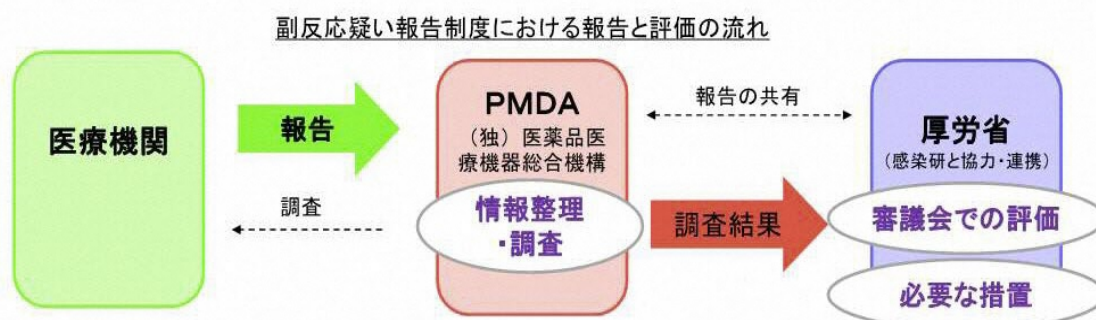
1 予防接種の間違い

- 市町村長は、定期接種を実施する際、万が一、誤った用法用量でワクチンを接種した場合や、有効期限の切れたワクチンを接種した場合、血液感染を起こしうる場合等の重大な健康被害につながるおそれのある間違いを把握した場合には、都道府県(管轄保健所)を経由して、厚生労働省健康局健康課に速やかに報告すること。
- 定期接種実施要領 「2.2 予防接種の間違い」 参照。
- 新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施に関する手引き (1.2版) P61 参照

2 副反応疑い報告

予防接種法の規定による副反応疑い報告については、「定期の予防接種等による副反応の報告等の取扱いについて」(平成25年3月30日健発0330第3号、薬食発0330第1号厚生労働省健康局長、医薬食品局長連名通知)を参照する。

<報告と評価の流れ>



※1 副反応疑い報告は、医薬品医療機器等法に基づく副作用等報告としても取り扱われる。

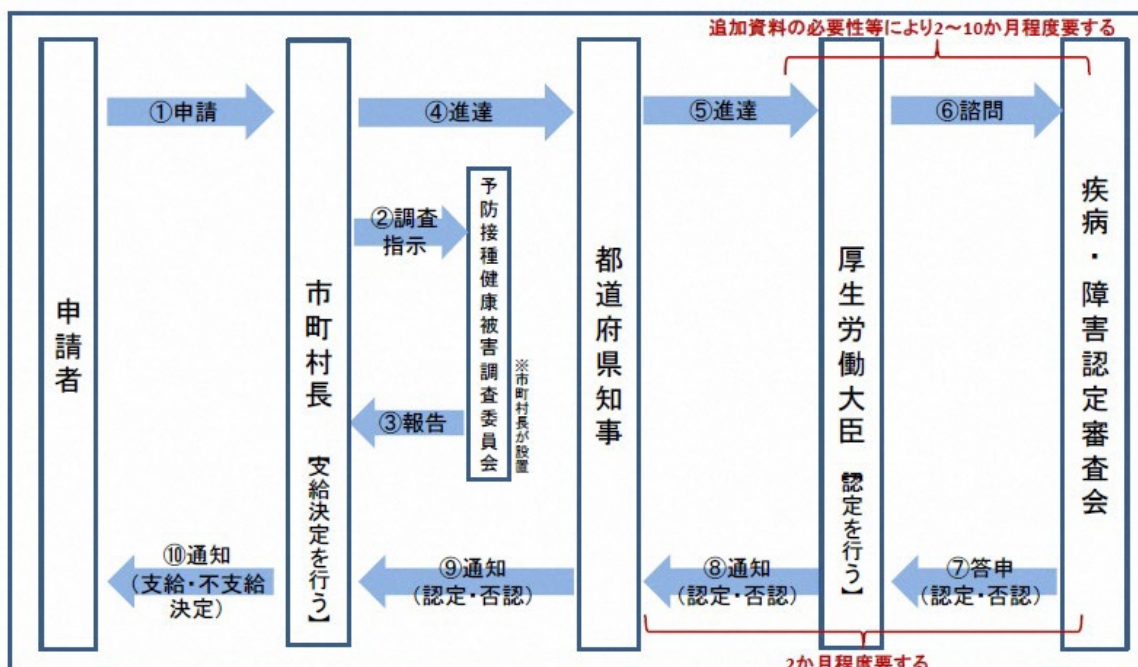
※2 上記に加え、市町村が被接種者又は保護者から健康被害に関して相談を受けた場合には、都道府県を通じて厚生労働省に報告するルートもある。

出典：第50回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会、令和2年度第9回薬事・食品衛生審議会薬事分科会医薬品等安全対策部会安全対策調査会 2020(令和2)年12月25日 資料3より抜粋

3 予防接種健康被害救済制度

健康被害救済にかかる給付については、当該予防接種と因果関係がある旨を厚生労働大臣が認定した場合、市町村長は健康被害に対する給付を行う。

<給付までの流れ>



出典：第37回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会予防接種基本方針部会2020(令和2年)年1月27日 資料3-3より抜粋

血をサラサラにする薬を飲まれている方へ

飲んでいるお薬によっては、出血すると止まりにくいことがあるので、
予診票でお薬の種類をおたずねしています。

ワクチンを受けることはできますが、接種後の出血に注意が必要です。

接種（筋肉注射）にあたっての注意点



接種後は、2分間以上、しっかり押さえてください。

- ・腕が腫れる・しびれるなどの症状が出たら、医師にご相談ください。
- ・接種にあたって、お薬の休薬は必要ありません。

対象の
お薬

抗凝固薬

不整脈、血栓症、心臓の手術後の方に処方されることが多いお薬です。

商品名	一般名
ワーファリン	ワルファリンカリウム
プラザキサ	ダビガトランエテキシラート
イグザレルト	リバーロキサバン
エリキュース	アピキサバン
リクシアナ	エドキサバントシル酸塩水和物

血をサラサラにする薬には、次のような薬もありますが、
通常どおり接種を受けていただけます。

抗血小板薬など

動脈硬化、狭心症・心筋梗塞、脳梗塞後、下肢動脈閉塞症の方に処方されることが多いお薬です。

商品名	一般名	商品名	一般名
バイアスピリン	アスピリン	コンプラピン配合錠	アスピリン・クロピドグレル硫酸塩
パナルジン	チクロピジン塩酸塩	タケルダ配合錠	アスピリン・ランソプラゾール
プラビックス	クロピドグレル硫酸塩	エパデール	イコサペント酸エチル(EPA)
エフィエント	プラスグレル塩酸塩	ドルナー、プロサイリン	ベラプロストナトリウム
プレタール	シロスタゾール	アンプラーグ	サルポグレレート塩酸塩
バファリン	アスピリン・ダイアルミネート配合剤		など
ブリリタ	チカグレロル		

VII.連絡系統

トラブルなどが発生し、会場責任者及び調整員での対応が難しい、対処方法が不明である場合、状況に応じて、以下の連絡先に問い合わせること。

《 ワクチン接種に関する事 》

会場責任者が新潟市保健所保険管理課へ連絡

《 運営(スタッフ、備品、設営・撤去)に関する事 》

調整員が受託業者ディモルギア担当へ連絡

※緊急時※

新潟市保健所、ディモルギア担当へ共に連絡

所属・担当	連絡先
新潟市保健所保険管理課 担当：ワクチンチーム	本部1：080-9173-4990
	本部2：070-1447-2035
	MAIL：hokenkanri@city.niigata.lg.jp
(株)ディモルギア 担当：岡田	TEL：070-4005-7971
	MAIL：okada.kazuyuki@takayoshi.co.jp
会場責任者 中央区職員	TEL：070-1383-7509
調整員② 長谷川 浩	TEL：090-3093-1980

新潟県新型コロナ医療健康相談センター

025-385-7762