

各県立学校長 殿

教育庁学校教育部保健体育課

受験生に対する新型コロナワクチン接種について（依頼）

このことについて、「大学拠点接種」を行っている茨城キリスト教大学に協力を依頼したところ、同大学長から別添写しのとおり案内がありました。

つきましては、期限が短くて申し訳ありませんが、下記のとおり貴校の対象者に周知願います。なお、ワクチン接種はあくまでも任意であり、強制することがないように願います。

記

1 接種対象者

接種券のある茨城県内高等学校第3学年生徒

2 受付人数

230名程度

3 接種ワクチン

モデルナ社製ワクチン（COVID-19 ワクチンモデルナ筋注）

4 接種日

1回目：9月26日（日） 2回目：10月24日（日）

※接種時間は9:00～16:00の中で、予約時に時間帯を選択

5 予約方法

専用予約サイトから申し込み

予約サイト：https://coubic.com/ic_vaccine

予約パスワード：ibakiri2021

※パスワード入力後、「予約」→「日立市内教育機関教職員対象」から希望の時間帯を選択してください。



6 留意事項

- (1) 予約は先着順となっておりますので、2回目の接種日の御都合を確認の上、予約してください。
- (2) 予約締切は、接種日時の48時間前となります。
- (3) 本人確認は、所属高等学校の身分証明書で行いますので、持参してください。
- (4) 予診票及び別添「予防接種保護者同意書」も必要となりますので、当日持参してください。
- (5) 接種当日は、公共交通機関をご利用ください。なお、キャンパス内に保護者の方は入場できません。

【問い合わせ先】

茨城県教育庁学校教育部保健体育課
健康教育推進室学校保健・安全担当 深谷

TEL：029-301-5349

メール：hotail@pref.ibaraki.lg.jp

にはそちらをご利用ください。「予診票」がお手元にはない場合には当日会場でお渡しすることが可能です。接種が2回ありますので、「予診票」は1回ごと必要になります。

- ⑥一人でも多くの方に接種が行き渡るよう、予約完了後のキャンセルはご遠慮ください。
- ⑦やむを得ずキャンセルする場合は、必ず3日前(72時間前)までに予約サイトで手続きをしてください。それ以降は以下の問い合わせ先までご連絡ください。
- ⑧当日の持ち物等につきましては、予約確認メールをご確認ください。
- ⑨「同意書」は接種日当日必ず持参してください。「同意書」がない場合は接種をご遠慮いただくことがあります。
- ⑩接種当日は肩を出しやすい服装でご来場ください。
- ⑪当日は、公共交通機関をご利用ください。車両は入構できません。また、北門前駐車場は、接種者専用駐車場になりますので送迎や接種までの待機にはご利用いただけません。
- ⑫キャンパス内に保護者の方の控室はございません。また、接種会場内に保護者の方は入場できませんのでご了解ください。

本件に関するお問い合わせ

茨城キリスト教大学職域接種(大学拠点接種)事務局

電話 0294-52-3215 内線 2100

受付時間: 土日・祝日を除き平日 9時～17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。

※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
※左隅に合わせ、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)

住民票に記載されている住所	都 道 市 区 村 府 県 町 村	
フリガナ	氏 名	電話 番 号 () -
生年月日 (西暦)	年 月 日 生 (満 歳)	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 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)

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 ※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	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> ml	実施場所 医師名	医療機関等コード 接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日 202 年 月 日

茨城キリスト教大学職域接種(大学拠点接種)

新型コロナワクチン予防接種

予 防 接 種 保 護 者 同 意 書

茨城キリスト教大学職域接種では、新型コロナワクチン予防接種を受ける際に、接種会場等で副反応等があった場合に対応できるよう、保護者の同意をお願いすることとしました。以下を良くお読みいただき、本学会場での接種を希望される場合は、必要事項の記入・署名・捺印の上、当日ご持参ください。

同 意 書

新型コロナワクチン予防接種を受けるに当たって、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の発症の可能性及び予防接種救済制度などについて理解したうえで、子どもの病気、健康状況、接種当日の体調等を考慮し、子どもに接種させることに同意します。

なお、この同意書及び予診票が必要に応じて関係機関に提出されることに同意します。

2021 年 月 日

保護者氏名(自署) _____ 印 _____

生徒所属: _____ 第 3 学年 組 番

(予防接種を受ける子の氏名)

被接種者氏名 _____

住 所 _____

(日中連絡が取れる連絡先を記入)

緊急連絡先(保護者) _____