

長良医療センターにおける 先行接種について

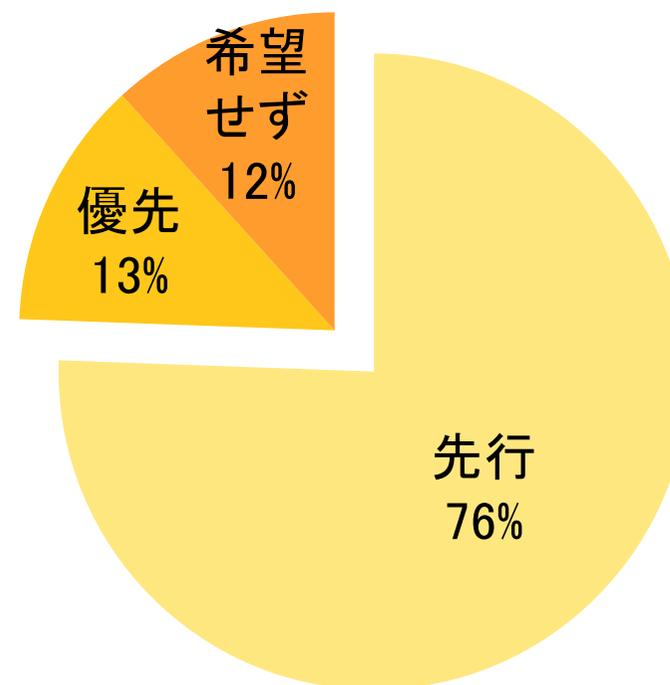
国立病院機構長良医療センター
呼吸器外科 藤永卓司

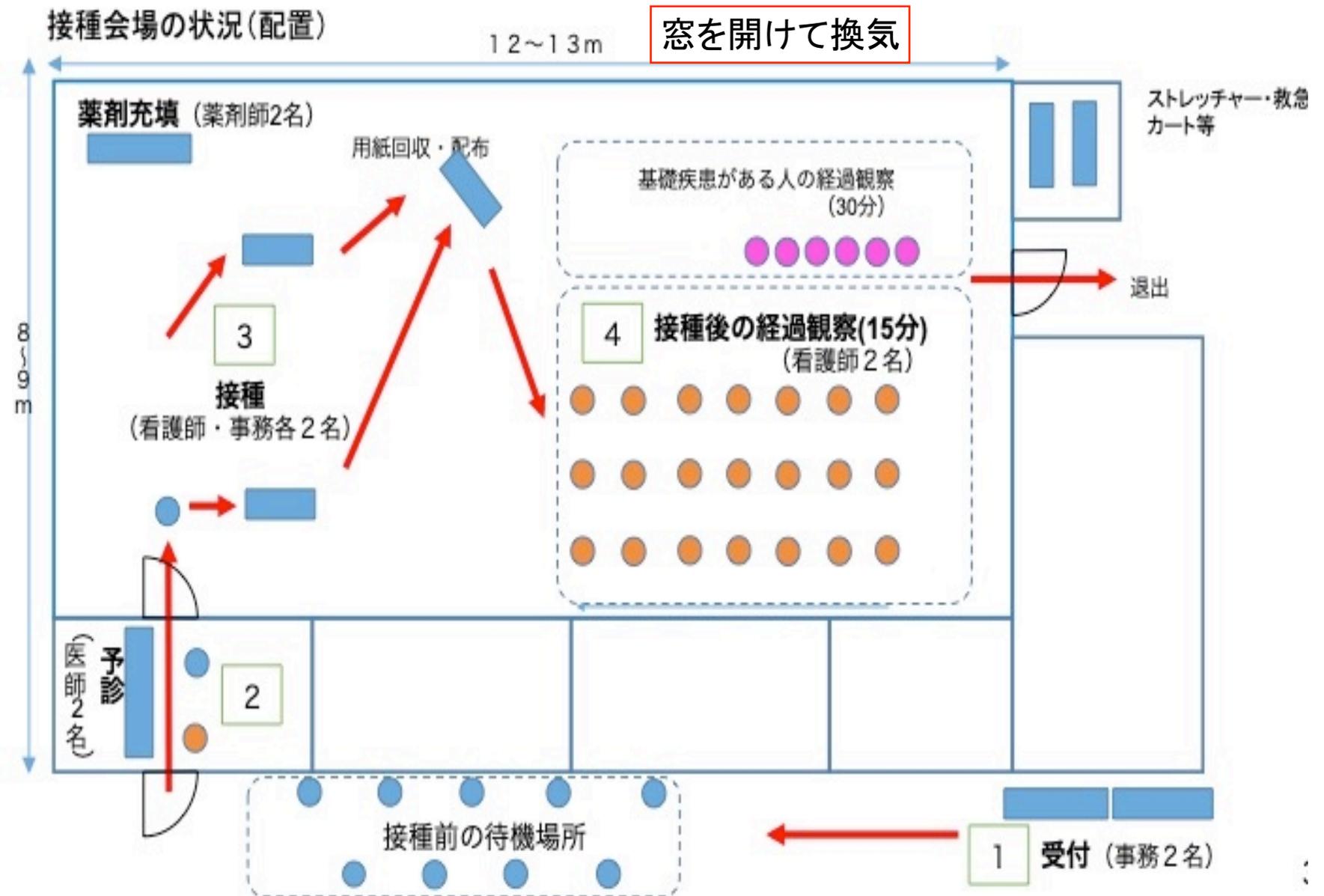
内容

- 1.会場設営
- 2.予診
- 3.経過観察
- 4.急変時対応
- 5.接種後の反応(当院、先行接種)

新型コロナウイルスワクチン 当院での接種希望者数

病院職員	442名
▪ 先行接種	334名
▪ 優先接種	56名
▪ 希望せず	52名





会場での密を避けるため、受付時間を指定

予め予診票を記入して来場
受付で記入漏れがないかチェック

新型コロナウイルス			
区分	日時	時間	
1	先行接種	2月22日	14:00
2	先行接種	2月22日	14:00
3	先行接種	2月22日	14:02
4	先行接種	2月22日	14:02
5	先行接種	2月22日	14:04
6	先行接種	2月22日	14:04
7	先行接種	2月22日	14:06
8	先行接種	2月22日	14:06
9	先行接種	2月22日	14:08
10	先行接種	2月22日	14:08
11	先行接種	2月22日	14:10
12	先行接種	2月22日	14:10
13	先行接種	2月22日	14:12
14	先行接種	2月22日	14:12
15	先行接種	2月22日	14:14

2分間隔で受付時間を設定



(先行接種2日目)
受付後の混雑なし

予診

<チェックポイント>

- 発熱の有無、重篤な急性疾患の有無
- 重症アレルギーやワクチン接種時異常の既往
- 抗凝固薬・抗血小板薬内服の有無（抗凝固薬は2分間圧迫、抗血小板薬は通常通り）



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
ヘパリン	ヘパリン

厚生労働省HPよりダウンロード

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		
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。 □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	
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 □腎臓病 □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()										<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と言われてましたか。										<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	

アナフィラキシーや
迷走神経反射の既往

観察時間
30分

30分観察カードを手渡す

ワクチン接種

- 背もたれのある椅子
- リラックスできるように会場内に音楽を流す



接種前に着席で待機

