

令和3年5月11日

各高齢者福祉施設 施設長 様

福 祉 局 長

高齢者福祉施設における新型コロナウイルス感染症に係る  
ワクチンロスへの対応について

平素は、本市福祉行政の推進にご理解、ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

標題について、現状、接種日の当日に入所者等が体調不良等により、ワクチンの余剰が見込まれる場合は、他の日程に予定されている入所者等への接種をご調整いただき、ワクチンが廃棄されないよう適切にご対応いただけるよう周知させていただいているところです。

今後、他の接種対象者の調整が困難な理由によって、ワクチンが廃棄されることのないよう、次のとおり取扱いをお示しいたしますので、各施設においてご対応くださいますようご協力よろしくお願いいたします。

記

1 施設における対応

- (1) 接種予定のワクチンに余剰が生じた場合のワクチンを有効に活用するため、接種人数の調整を適切に行う（1日あたりの接種人数を1バイアルあたりの希釈人数の倍数となるよう徹底する）
- (2) 突然の接種見合わせ等に備え、接種候補者をあらかじめ整理しておくことでワクチン廃棄を防ぐ

※ 接種歴の管理を適切に行う必要があることから、接種候補者は、予診票、接種券、接種済証の管理が適切に行える者である必要があり、事後の接種歴管理が適切に行える者を対象者とする。

2 接種券がない方への接種

(1) 接種対象者

下記対象者について、当日接種券がない場合でも接種を可能とする。

- ア 未接種の高齢者施設従事者（接種を行う医療従事者、新規採用者や人事異動者も含む）、施設のグループ関連事業所の従事者
- イ 大阪市民の方で、64歳以下の入所者又は施設に併設する居宅サービス事業所へ通われている方（ショートステイ利用者含む）

(2) 事務処理

ア 未接種の高齢者施設従事者（接種を行う医療従事者、新規採用者や人事異動者も含む）、施設のグループ関連事業所の従事者

- ① 接種券付き予診票（白紙分）【別紙1】に手書きで必要事項を記載  
※市外居住者の場合、用紙右上の枠内に請求先及び市町村コードも必ず記載（市内居住者用は当初より記載あり）

(記載例)

券種	2	ワクチン接種	1	回目
請求先	兵庫県神戸市		280003	
券番号	(空白)			
氏名	大阪 太郎			
所属機関				
特別養護老人ホーム 大阪苑				

請求先  
市町村コード  
【別紙2参照】

- ② 接種記録書【別紙3】に必要事項を記載

イ 大阪市民の方で、64歳以下の入所者又は施設に併設する居宅サービス事業所へ通われている方(ショートステイ利用者含む)

- ① 白紙の予診票【別紙4】を使用し、ロットNo.シールを貼り、接種済証に貼り付け予定のロットNo.シールとともに施設で適切に管理  
② 施設が「接種券発行申請書」【別紙5】を記入し、次の送付先へ郵送

《送付先》

〒541-0051

大阪市中央区備後町2-4-9 日本精化ビル1階

大阪市新型コロナウイルスワクチン接種 事務処理センター宛

- ③ 本市が申請書の内容と住民票の情報を突合する  
④ 本市から施設あて接種券を発送（概ね1週間程度）  
⑤ 接種券到着後、予診票に接種券を貼付け、施設で保管しているロットNo.シールを接種済証に貼付ける（すでに接種券が届いている場合はその接種券を利用）  
⑥ 接種券を本人へ手渡す（2回目の接種も施設で行えるよう調整する）

【連絡先】

〒545-0051 大阪市阿倍野区旭町1丁目2番7-1000号  
大阪市保健所 新型コロナウイルス感染症対策グループ  
(TEL) 06-6647-0813  
(Mail) [corona@city.osaka.lg.jp](mailto:corona@city.osaka.lg.jp)

〒530-8201 大阪市北区中之島1-3-20  
大阪市福祉局高齢者施設等ワクチン接種推進チーム  
(TEL) 06-6208-9915  
(Mail) [fukushi-wakuchin@city.osaka.lg.jp](mailto:fukushi-wakuchin@city.osaka.lg.jp)

# (介) 新型コロナワクチン接種の予診票 (1回目)

※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	大阪 都 道 大阪 (市) 区 府 県 町 村		券 種	2	ワクチン接種	1	回目
フリガナ			請求先	大阪府大阪市		271004	
氏 名			券 番 号				
生年月日 (西暦)			氏 名				
			所属機関				
			検査前の体温 度 分				

ワクチンロス対応時に使用する接種券は、住民票所在地の市区町村より送付されている接種券をご使用下さい。  
紛失等により再発行を希望する場合、大阪市民の方は大阪市新型コロナワクチンコールセンター (0570-065670) へ、大阪市内に住民票がある方は住民票所在地の市区町村へご相談ください。

新型コロナワクチン (接種を受けた) 現時点で住民票『新型コロナワクチン接種順位の上位』 <input type="checkbox"/> 医療従事者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患あり	医師記入欄
現在、何らかの病 名： 治療内容： その病気を診	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 ) 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。	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。(  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。

被接種者又は保護者自署  
年 月 日  
(※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者指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
	※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	ml	医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日 202 年 月 日

# (介) 新型コロナワクチン接種の予診票 (2回目)

※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	大阪 都道 大阪 (市) 区 町村		
フリガナ			
氏名	電話番号	( )	-
生年月日 (西暦)			度 分

券種	2	ワクチン接種	2	回目
請求先	大阪府大阪市		271004	
券番号				
氏名				
所属機関				

新型コロナワクチン(接種を受けている)現時点で住民票『新型コロナワクチン接種順位の上位』 <input type="checkbox"/> 医療従事者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患	ワクチンロス対応時に使用する接種券は、住民票所在地の市区町村より送付されている接種券をご使用下さい。紛失等により再発行を希望する場合、大阪市民の方は大阪市新型コロナワクチンコールセンター(0570-065670)へ、大阪市外に住民票がある方は住民票所在地の市区町村へご相談ください。		医師記入欄
現在、何らかの病名:		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
治療内容:		<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 ) 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。	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。	被接種者又は保護者自署
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 (※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者指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。
	※枠に合わせてまっすく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	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

# (介) 新型コロナワクチン接種の予診票 (1回目)

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

券種	2	ワクチン接種	1	回目
請求先				
券番号				
氏名				
所属機関				

住民票に記載されている住所				
フリガナ				
氏名	電話番号	( )	( )	( )
生年月日(西暦)	年	月	日	度 分

ワクチンロス対応時に使用する接種券は、住民票所在地の市区町村より送付されている接種券をご使用下さい。  
紛失等により再発行を希望する場合、大阪市民の方は大阪市新型コロナワクチンコールセンター(0570-065670)へ、大阪市内に住民票がある方は住民票所在地の市区町村へご相談ください。

新型コロナワクチン(接種を受けた)	いいえ	医師記入欄
現時点で住民票	いいえ	
『新型コロナワクチン接種順位の上位』 <input type="checkbox"/> 医療従事者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患を	いいえ	
現在、何らかの病名:	いいえ	
治療内容:	いいえ	
その病気を診	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 ) 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。	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。( 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。

被接種者又は保護者自署  
年 月 日  
(※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者指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。
	<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

# (介) 新型コロナワクチン接種の予診票 (2回目)

※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			
フリガナ		電話番号	( ) ( ) ( ) - ( ) ( ) ( )
氏名			
生年月日 (西暦)	年	月	日
	男	女	診察前の体温

券種	2	ワクチン接種	2	回目
請求先				
券番号				
氏名				
所属機関				

ワクチンロス対応時に使用する接種券は、住民票所在地の市区町村より送付されている接種券をご使用下さい。紛失等により再発行を希望する場合、大阪市民の方は大阪市新型コロナワクチンコールセンター (0570-065670) へ、大阪市外に住民票がある方は住民票所在地の市区町村へご相談ください。

新型コロナワクチン (接種を受けた)	はい	いいえ	医師記入欄
現時点で住民票	はい	いいえ	
『新型コロナワクチン』接種順位の上位	はい	いいえ	
<input type="checkbox"/> 医療従事者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する	はい	いいえ	
現在、何らかの病名:	はい	いいえ	
治療内容:	はい	いいえ	
その病気を診察した	はい	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 ) 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。	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。(  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。

被接種者又は保護者自署  
年 月 日  
(※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者指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。
	※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	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