

令和3年9月17日

医療機関の長 様

大阪市新型コロナウイルスワクチン接種推進監

新型コロナウイルスワクチン接種に係る
接種実績等及びバイアル廃棄数の報告について

平素は、本市の感染症対策をはじめ、保健衛生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。

標題につきまして、本市へ代行入力を依頼されている医療機関におかれましては、これまで週に1回程度FAXにてご報告いただいておりますが、本通知以降、下記のとおり当該報告作業の取扱いを変更させていただきますので、恐れ入りますが、ご対応のほどよろしくお願い申し上げます。

記

【「接種実績及びバイアル廃棄数報告書」にて代行入力を依頼されている医療機関】

「①接種実績報告」は、報告不要（週1回のFAX送信不要）とさせていただきます。

ただし、バイアル1本以上の廃棄があった場合は報告が必要なため、従前どおり「②バイアル廃棄数報告」に記入し、その都度FAXにてご報告ください。（別添の様式をお使ください。）

【V-SYSへ直接ご入力いただいている医療機関】

「接種実績等の報告」及び「融通された実績」（令和3年8月19日に行われたシステム更新により、医療機関においての入力はすでに不要となっております。）の登録は不要です。（※本通知以前の未登録の実績についても登録不要です。）

ただし、バイアル1本以上の廃棄があった場合は、従前どおり「廃棄数の報告」への登録が必要です。（登録できない場合は、別添の様式によりFAXにてご報告ください。）

大阪市保健所
感染症対策課（ワクチン接種等調整チーム）
電話：06-6647-0813 FAX：06-6786-8003

【送付先】

大阪市ワクチン発注受付事務局 行き

FAX:050-8881-6989

接種実績及びバイアル廃棄数報告書

接種日における接種実績及びバイアルの廃棄数について下記のとおり報告します。
 ※実績入力の代行入力を大阪市に依頼する場合は、週1回を目途にお送りください。

| | | | | | | | | | |
|--------------------|---------|---|---|---|--|--|--|--|--|
| 医療機関コード又は介護保険事業所番号 | 2 | 7 | 1 | | | | | | |
| 医療機関名 | | | | | | | | | |
| 記入者名(連絡先) | (TEL:) | | | | | | | | |
| 記入日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | | | | | |

①接種実績報告

| | | | | | | | | | |
|---------|--------------------------|-------|--------------------------|------|--------------------------|---------|---|---|---|
| 接種期間 | 令和 | 年 | 月 | 日 | ~ | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 接種ワクチン | <input type="checkbox"/> | ファイザー | <input type="checkbox"/> | モデルナ | <input type="checkbox"/> | アストラゼネカ | | | |
| ワクチン受領日 | | 月 | 日 | | | 月 | 日 | | |
| ロット番号 | | | | | | | | | |
| バイアル数 | | | | | | | | | |

| | 接種回数 | |
|----------|-------|-------|
| | 1回目接種 | 2回目接種 |
| 医療従事者 | 回 | 回 |
| 高齢者施設従事者 | 回 | 回 |
| 高齢者 | 回 | 回 |
| 基礎疾患保有者 | 回 | 回 |
| その他 | 回 | 回 |

※「①接種実績報告」は不要です。バイアル1本以上の廃棄があった場合のみ、以下の「②バイアル廃棄数報告」にご記入いただき、FAXにてお送りください。

②バイアル廃棄数報告

(注)未開封及び開封はしたものの1回も接種をせずに廃棄したバイアル本数のみご報告ください。

| | | | | |
|---------|----|---|---|---|
| 廃棄日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 廃棄バイアル数 | 本 | | | |