

ファイザー社オミクロン株対応ワクチン接種予定にかかる調査票

(提出先) 大阪市保健所感染症対策課 (ワクチン接種等調整チーム)

FAX:06-6786-8003 E-mail: v-sys-i600@city.osaka.lg.jp

(提出期限) 令和4年12月2日(金)まで

医療機関コード										
医療機関名										
医療機関所在地	〒		—							
	大阪市		区							
担当者	(氏名)									
連絡先										

下記設問の該当項目に☑を入れてください。
() を付記しているものには () 内にもご回答ください

◆ 今後、貴院にてファイザー社オミクロン株対応ワクチンの接種を実施されますか？

- 継続的に接種を実施する
- 今後再開し、継続的に実施する (再開予定時期: 月)
- 接種を実施するが、単発的に実施する予定(自院のスタッフのみ対応等)
- 接種は行わない(以下の設問への回答は不要です)

配送上限を設定し、
配送を継続します

配送上限は「0」としますが、
接種の予定がある際には
は早めにご相談ください

◆ 貴院にて接種予定の対象者等についてうかがいます

(継続的・単発的にかかわらず、ワクチン接種を実施される医療機関は必ずご回答ください)

① 市民への接種について、接種予定の有無及び見込み対象者数を記載ください

- 接種予定はない
- 接種を行う
(接種見込み人数: 人)

② 医療従事者への接種について、接種予定の有無及び見込み対象者数を記載ください

- 接種予定はない
- 接種を行う
(接種見込み人数: 自院 人・他院 人)

③ 高齢者施設入居者等への接種について、接種予定の有無及び見込み対象者数を記載ください

※高齢者施設入居者等への接種用ワクチンは、別途施設より大阪市行政オンラインシステムから発注のため配送上限は設定いたしません

- 接種予定はない
- 接種を行う
(接種見込み人数: 入居者 人・従事者 人)

④ 上記以外に接種を実施する予定があれば () 内に接種対象と見込み人数を記載してください

()

調査は以上です。ご協力ありがとうございました。