

かかりつけ医確認票

《この用紙は、定期的に病院や診療所で治療を受けている方のみ必要な用紙です。》

安全にワクチン接種をうけていただくために、定期的に病院や診療所で治療を受けておられる方で、接種当日までに、その病院や診療所に受診する機会がある方は、受診の際に主治医にワクチン接種についてご相談ください。なお、この用紙の記載のためのみに受診をしていただく必要はありません。

下記の欄につきましては、かかりつけ医の了解が得られれば、記入いただくようお願いしてください。記入いただけない場合は、口頭にて接種についてご相談いただき、ご自身で相談結果を記入してください。記入後の用紙とお薬手帳等の服薬内容のわかるものを、接種当日、会場にご持参ください。

なお、本様式は基礎疾患の有無の証明を求めるためのものではありません。

主治医 様

令和 3 年度新型コロナウイルスのワクチン接種につきましては、かかりつけ医以外の医療機関（集団接種等）で接種を行う場合、基礎疾患や治療状況がわからず、接種が可能かどうかの判断が困難な場合が発生することが想定されます。

そのため、接種の実施に際し、患者様の治療にあたられている主治医様のご意見をお知らせいただき、予診の際、参考にさせていただきたいと存じます。（無償でのご協力をお願いいたします。）

_____ 様の新型コロナウイルスワクチン接種は

- ①接種可能と思われる
- ②設備の整った病院での接種が望ましい
- ③接種しないほうがよい

注意事項等があれば記載ください。

()

年 月 日

医療機関

担当医 _____

発行者：草津栗東医師会、草津市、栗東市

問合せ先：草津市新型コロナウイルスワクチン対策室 (TEL 077-561-0184)

栗東市ワクチン接種推進室 (TEL 077-554-6155)