

専用回答フォームからのご回答が難しい場合は下記提出先へご提出くださいますようお願いいたします。

< 提出先 >

鹿児島市保健所 感染症対策係 宛

FAX: 099-803-7026

E-mail: covid-19-v@city.kagoshima.lg.jp

## 新型コロナウイルスワクチンの住民接種に関する意向調査票（鹿児島市医師会会員）

※ファイザー社ワクチンでお答えください。

1 貴院の**基本情報**をご記入ください。

医療機関名			
担当者名		電話番号	
E-mail			

2 貴院での**住民へのワクチン接種**について

※該当する欄に一つだけ○を記入してください。

記入欄	選 択 肢
	実施可能 → Q3～Q7へ
	実施不可 → Q5-1へ
	自宅会員の場合 → Q7-1へ

3 **ワクチン接種を実施していただける場合、どの程度の接種が可能ですか。**

※ワクチンの供給量に応じて調整させていただくことがあります。

※現時点での見込みで結構ですので、おおよその接種可能人数をご記入ください。

	月	火	水	木	金	土	日・祝	計
午前	人	人	人	人	人	人	人	0人
午後	人	人	人	人	人	人	人	0人
夜間	人	人	人	人	人	人	人	0人
計	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人

4 ワクチン接種を実施していただける場合、現在、本市において予約システムの準備を進めておりますが、その予約システムを利用しますか。

※該当する欄に一つだけ○を記入してください。

記入欄	選 択 肢
	利用する
	利用しない（貴院の予約システムなど従来の方で予約を受け付け、予約状況を市にFAXする）

### 【システムの概要】

- ・日時ごとに接種可能人数等を設定。
- ・市民は、PC/スマートフォンから予約システムを通じて予約を行う。  
（電話で予約した場合は、予約システムへの入力が必要）

※システムの詳細は、後日お知らせします。

5-1 高齢者施設等の嘱託医（配置医師）又は協力医になっていますか。

※いずれかに○を記入ください。「施設名」等は、複数の施設がある場合はすべてご記入ください。

記入欄	選 択 肢	
	嘱託医等になっている → Q5-2へ	施設名
	嘱託医等になっていない → Q5-3へ	

5-2 5-1で「嘱託医等になっている」と回答した医療機関にお伺いします。

高齢者施設等の入所者に対する巡回接種は可能ですか。

※該当する欄に一つだけ○を記入してください。

記入欄	選 択 肢
	嘱託医等になっている施設であれば巡回接種は可能
	嘱託医等になっている施設に加え、なっていない施設での巡回接種も可能
	実施不可

5-3 5-1で「嘱託医等になっていない」と回答した医療機関にお伺いします。

高齢者施設等の入所者に対する巡回接種は可能ですか。

※該当する欄に一つだけ○を記入してください。

記入欄	選 択 肢
	市又は市医師会から依頼があれば巡回接種は可能
	実施不可

6 在宅の寝たきり高齢者等に対する訪問接種は可能ですか。

※該当する欄に一つだけ○を記入してください。

記入欄	選 択 肢
	訪問診療又は往診を行っている患者であれば、訪問接種は可能
	市又は市医師会から依頼があれば訪問接種を行うことは可能
	実施不可

7-1 市が設置する集団的な接種会場へ、医師等を派遣していただくことは可能ですか。

※該当するもの全てに○を記入ください。

記入欄	選 択 肢
	可能な範囲で、 <b>医師</b> を派遣することは可能 <span style="color: red;">→ Q7-2へ</span>
	可能な範囲で、 <b>看護師</b> を派遣することは可能 <span style="color: red;">→ Q7-3へ</span>
	実施不可

【集団的な接種会場の概要】

※ワクチンの供給量に応じて、期間や従事時間につきましては、変更の可能性があります。詳細は、後日お知らせします。

・場 所：鹿児島市中央保健センター3階（鹿児島市鴨池2丁目25-1-11）

・期 間：令和3年4月中旬以降（予定）～同年9月末（予定）

・従事時間：月曜日～土曜日 14：00～20：00

日曜日、祝日 8：30～17：30

・業務内容：[医 師]

①予診票の確認、問診、診察、接種歴の確認

②副反応等に関する説明及び同意

③ワクチン接種

④経過観察（接種後、体調不良者の応急対応）

等

[看護師]

①医師の補助

②シリンジ・ポンプ、針の組立

③ワクチンの準備（希釈、充填）

④経過観察（接種後、待機者等の観察及び体調不良者の応急対応）

等

・手 当：[医 師] （予定）1時間当たり 9,600円

（所得税込、交通費相当を含む）

[看護師] （予定）1時間当たり 2,800円

（所得税込、交通費相当を含む）

7-2 医師を派遣していただける場合、可能な曜日・時間帯をお聞かせください。

※該当する欄に○を記入してください。

月	火	水	木	金	土
14:00-20:00	14:00-20:00	14:00-20:00	14:00-20:00	14:00-20:00	14:00-20:00

日		祝	
8:30-13:30	13:30-17:30	8:30-13:30	13:30-17:30

7-3 看護師を派遣していただける場合、可能な曜日・時間帯・人数をお聞かせください。

※該当する欄に人数を記入してください。

※医師と一緒に派遣の場合は、医師の時間に合わせて記入をしてください。

月	火	水	木	金	土
14:00-20:00	14:00-20:00	14:00-20:00	14:00-20:00	14:00-20:00	14:00-20:00

日		祝	
8:30-13:30	13:30-17:30	8:30-13:30	13:30-17:30

8 ご質問、ご意見があれば、ご自由にご記入ください。