

医療従事者等の新型コロナウイルス ワクチンの優先接種

神奈川県医療危機対策室の情報に基づいて作成していますが、変更されることがあります。

1 ワクチン優先接種対象者

- ① 病院、診療所において、新型コロナウイルス感染症患者(疑い患者含む)に頻繁に接する機会のある歯科医師その他の職員
- ② 診療科、職種は限定しない。(歯科を含む)
- ③ 委託業者(例: 歯科技工士等)についても、業務の特性として、新型コロナウイルス感染症患者と頻繁に接する場合には、医療機関の判断により対象となります。
- ④ ワクチンの基本的な性能として発症予防・重症化予防が想定され、感染予防の効果を期待するものではないことから、患者への感染予防を目的として医療従事者等に接種するものではありません。
- ⑤ 医療従事者等は、個人のリスク軽減に加え、医療提供体制の確保の観点から接種が望まれるものの最終的には接種は個人の判断であり、業務従事への条件とはなりません。

2 接種まで主なスケジュール（現時点における県の想定）

2月15日（月） 神奈川県ホームページで接種予定者の申請開始

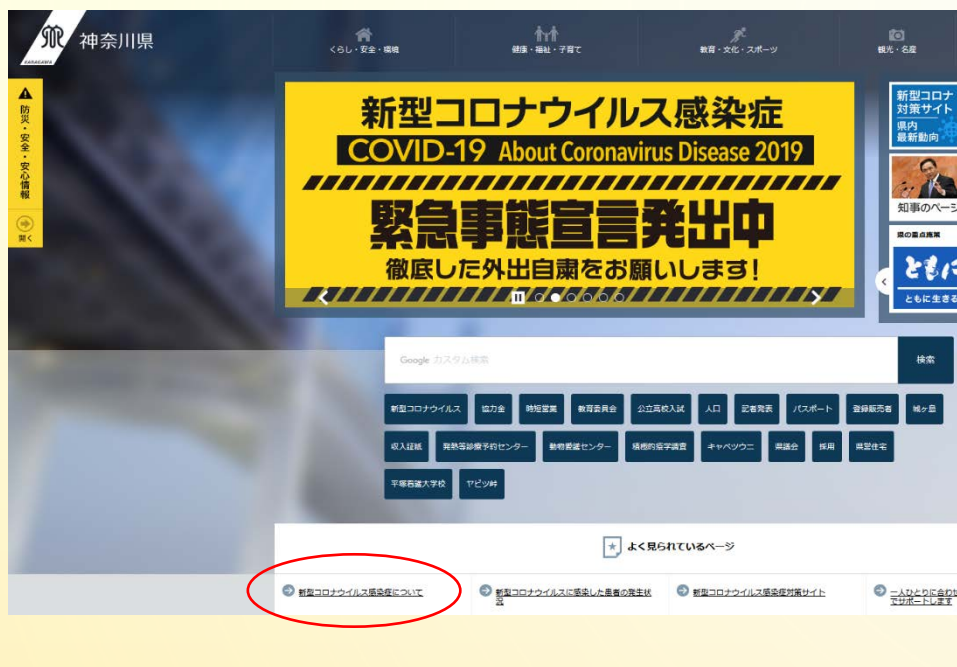
2月25日（木） 接種予定者の申請締切

3月上旬（予定） 接種に必要な予診票を県から発送

3月上旬（予定） 医療従事者等の接種に関する予約サイトの公開

3月中旬（予定） 医療従事者等の優先接種を順次開始

3 入力サイト



Now Printing

- ①リストの作成は、「直接入力する方式」と「エクセルファイルを登録しメールで送付する方式」のいずれかを選ぶことができます。
- ②神奈川県ホームページより、「新型コロナウイルス感染症について」のサイトから入力画面(名称未定)を選択します。
- ③入力画面が表示されます。

＊神奈川県から個別に医療機関へ案内はありません。

4 申請における注意事項

①2月15日(月)以降、神奈川県ホームページに接種予定者の申請案内が掲載されます。

2月25日(木)までに申請をしてください。

②一人ひとりが接種を受けるかどうかを決定する必要がありますので、申請については本人の意思を確認する必要があります。

③勤務歯科医師等については、1人の方が複数の医療機関で重複して申請されることがないように、他の医療機関で接種を希望していないか、他の方法で接種希望申込みをしていないかなど、十分に注意、確認してください。

④インターネット環境がない、スマートフォンを持っていない等の理由により予約できない場合は、県歯会会員サポート相談室に連絡ください。 電話0120-681786

⑤今回の優先接種については、接種予定者の申請をしていただかないと受けることができません。

⑥優先接種を受けない場合でも、今後実施される一般接種(住民票に記載されている住所地)での接種を受けることができます。

5 リストの作成

入力方法を示したマニュアルは後日、本会ホームページにアップいたします。

ピンクは入力、青は選択となります。

接種希望者が所属する医療機関の情報の入力

①	②	③			
医療機関（発送先）郵便番号	医療機関（発送先）住所	所属医療機関	担当者部署	担当者氏名	連絡先（電話番号）
231-0000	横浜市中区●●町●-●	△△歯科診療所	受付	横浜 太郎	045-●●●-××××

郵便番号を7桁の半角数字で入力してください。
ハイフンは自動的に入力されます。

住所を入力してください。
埼玉県は不要です。

医療機関名を入力してください。

担当者の部署と氏名を入力してください。

担当者の電話番号を入力してください。

- ①医療機関郵便番号・住所（予診票のお届け先）
- ②所属医療機関（医療機関の名称）
- ③担当部署・担当者の氏名・連絡先

接種希望者の情報

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1	接種者氏名（厚労太郎）※	性別	接種者生年月日	医療従事者/高齢者施設等従事者	所属機関	接種予定者リストとりまとめ団体等	住民票に記載されている都道府県	住民票に記載されている市町村	住民票に記載されている町名・番地	市町村コード		←桃色タイトル部分は情報を直接入力してください （青色タイトルは選択式になります）
2	厚労 太郎	男性	1960/1/30	医療従事者	□□病院	神奈川県	東京都	千代田区	□□1丁目1-1	131016		情報は正しく入力されています
3	厚労 花子	女性	1970/1/30	医療従事者	〇〇クリニック	神奈川県	東京都	港区	△△区2丁目2-1	131032		情報は正しく入力されています
4	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨			「接種者氏名 ※」を入力してください
5												「接種者氏名 ※」を入力してください
6												「接種者氏名 ※」を入力してください
7												「接種者氏名 ※」を入力してください
											⑩	「接種者氏名 ※」を入力してください

①接種希望者氏名

②性別

③接種者生年月日

④医療従事者（自動的に「医療従事者」と入力してあります）

⑤所属医療機関

⑥接種予定者リストとりまとめ団体

（神奈川県と入力してください）

⑦住民票に記載されている都道府県（選択式）

⑧ “ 市町村（選択式）

⑨ “ 町名・番地

⑩神奈川県独自の区分が入ります
（接種にかかる種別）

6 予診票、その他

接種費用 全額公費(無料)

接種にかかるクーポン券付き予診票の送付

- ①3月中旬までに予診票を県委託事業者から歯科診療所に郵送いたします。
- ②到着後ただちに印字内容を確認し、誤りがあれば速やかに県委託事業者へご連絡ください。

接種予約と接種の実施

神奈川県で検討中です。