

あじくり通信

発行
 アジアクリエーション協同組合
 〒103-0021 東京都中央区
 日本橋本石町4-5-5
 日本橋藤ビル 4階
 Tel 03-3527-9833
 Fax 03-3527-9844



実習生の新型コロナワクチン接種



新型コロナワクチンの接種が進められています。技能実習生も含め、日本に居住していて接種を希望する外国人は誰でもワクチン接種を無料で受けられます。
 しかし、日本語が不得意な外国人にとって、ワクチン接種はかなり高いハードルです。周囲の日本人のサポートが不可欠です。実習生が確実にワクチン接種するための基礎知識を案内します。 ※ 情報は2021. 9. 17現在です

接種は本人の判断

改正予防接種法（2020. 12. 2成立）では、ワクチン接種は対象者の努力義務とされています。接種は有効性と安全性を本人が理解した上で判断します。会社の事業でワクチン接種を勧める場合には、社員に対して丁寧な説明が必要です。

なお、**万一健康被害が生じた場合には、改正予防接種法に基づく救済措置があります。**

接種手続きは実習生も同じ

- 1) 在留カードに記載されている住所に、市区町村から新型コロナワクチン接種券が郵送で届く
- 2) 接種を予約する
- 3) 接種会場で接種する



ワクチン接種までの流れ (厚労省/日本語)

【持参するもの】 ワクチン接種券、予診票、本人確認書類 (在留カード、マイナンバーカードなど)

日本語版の予診票に日本語で記入

接種券に同封されている予診票には、日本語で必要事項を記入します。**住所と氏名は、接種券の宛名書の表記どおりの日本語 (氏名はカタカナまたはアルファベット) で書きます。**自署ができない外国人には、代筆も認められています。**右下のサイン欄には、代筆者の氏名・接種者との続柄も記入してください。**
実習生への説明には、厚生労働省が作成した外国語版の翻訳資料があります。右に「実習生への説明資料」としてまとめました。ご活用ください。

接種を希望する実習生のサポートをお願いします

接種を希望する実習生が確実に受けられるよう、ご支援をお願いいたします。

- 接種券の到着確認
- ワクチンの説明、接種の意思確認
- 接種の予約
- 日本語の予診票への記入
- 持参する書類の確認
- 接種会場への案内



新型コロナウイルス感染症 関連情報 (厚労省/日本語) 外国語の新型コロナワクチンのご案内 (厚労省/日本語)

自動車内での感染にご注意!

現在、従来のコロナウイルスより感染力が強いデルタ株が流行しています。車で移動中や休憩中に飛沫感染が起こり、感染が広がるとみられるケースが各地で発生しています。エアコンに頼りたいときもありますが、できる限り**車内の換気**をしましょう。**車内での飲食は避け、移動・休憩中はマスク着用、会話は控えめに。**

第10期通常総代会を開催しました

3月31日、アジアクリエーション協同組合の第10期通常総代会を開催しました。新型コロナウイルス感染症拡大の影響により、開催時期が当初の予定より遅くなりました。

令和元年度事業報告および決算書類の承認、令和2年度事業計画、収支予算など9議案について審議を行い、原案通り承認されました。

実習生への説明資料

以下、**同内容を実習生ページ (裏面) で説明しています。**

◆ ステップ1 ワクチン接種の流れを説明



ワクチン接種までの流れ (クメール語)

◆ ステップ2 ワクチンの安全性を説明



ファイザー社製ワクチン (クメール語)



モデルナ社製ワクチン (クメール語)

◆ ステップ3 予診票の内容を説明



予診票 (クメール語)

※ 裏面のクメール語訳は下記の日本語版に対応しています。

接種券の宛名どおりに住所・氏名を日本語で記入
 新型コロナワクチン接種の予診票

※本表欄にご記入またはチェックを入れてください。

※ワクチン接種に緊急事態において取り付けてください

※右欄に合わせ、右欄に添ってまっすぐに貼り付けてください

(クーボン貼付)

姓	名	住所	市	区	町	丁目	番	号	郵便番号	
フリガナ	氏名	住所	市	区	町	丁目	番	号	郵便番号	
生年月日 (西暦)	年	月	日	日生 (漢)	男	女	性別	予診票の添付	有	無
新型コロナワクチンの接種を初めて受けますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (接種を受けたことがある場合 1回目: 月 日、2回目: 月 日)										
接種地点で住民票のある市町村と、クーポン券に記載されている市町村は同じですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ										
「新型コロナワクチンの説明書」を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ										
接種部位の上となる対象グループに該当しますか。 <input type="checkbox"/> 医療従事者等 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 30~64歳 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等の従事者 (※接種後速く発症する病名)										
現在、何らかの病気にかかって、治療(薬など)を受けていますか。 病 名: <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい病気 <input type="checkbox"/> 免疫不全 <input type="checkbox"/> その他()										
治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他()										
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名() <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ										
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状() <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ										
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ										
薬や食品などで、重いアレルギー反応(アナフィラキシーなど)を起こしたことがありますか。 (※薬や食品などアレルギーになったもの) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ										
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありませんか。 症状() <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ										
現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)がありますか。または、妊娠中ですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ										
2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類() 受けた日() <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ										
今日の予防接種について質問がありますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ										
以上の問診及び診察の結果、今の接種は <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 具合合わせ <input type="checkbox"/> 接種を希望しません										
医師記入欄 本人に対して、接種の効果、副反応及び予防接種後健康観察制度について、説明した。 <input type="checkbox"/> 接種者は未成年である (接種する場合は添付しつけてください)										
接種者名又は別名表示										
新型コロナワクチン接種希望書 医師の診察・説明を受け、接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望します。(<input type="checkbox"/> 接種を希望します <input type="checkbox"/> 接種を希望しません) この手形は、接種の安全性の確保を目的としています。 年 月 日 接種者又は 年 月 日 保護者名 (※未成年者は、本人の同意を得る必要があります。保護者又は法定代理人の同意を得る必要はありません。) このことを理解の上、本手形が有効に、医師健康保険中会及び国民健康保険連合会に提出されることに同意します。										
ワクチン名・ロット番号 接種履歴 実施場所 医師名・接種年月日 (※実施場所コード 接種年月日は併せて記入してください)										
医師記入欄 併せて添付してください <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 医師名 接種年月日 年 月 日 接種時間 時 分 秒 (※1時間単位で記入してください)										