No. 13　　2021年9月24日

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
https://asia-creation.org/

実習生の新型コロナワクチン接種

COVID-19
Coronavirus
Vaccine

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

【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）

ワクチン接種までの流れ
（厚労省／日本語）

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、感染が広がった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。**

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
（ベトナム語）

◆ ステップ２　ワクチンの安全性を説明

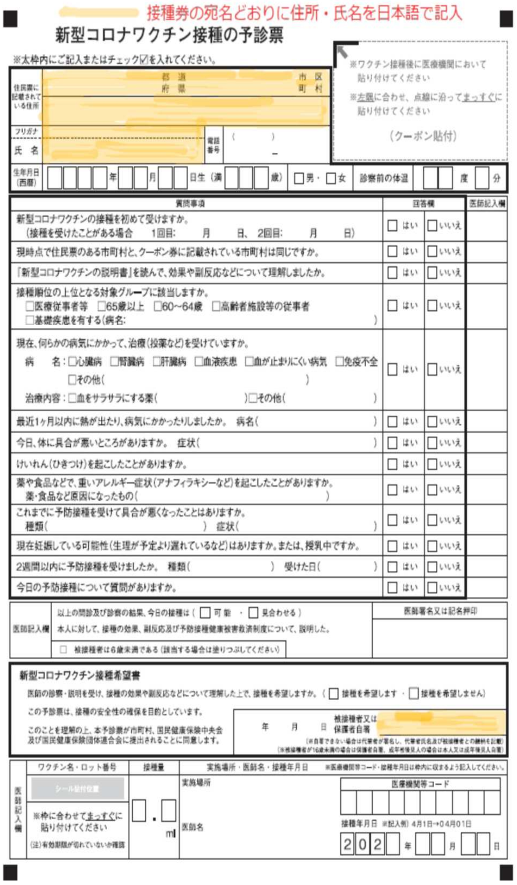
ファイザー社製ワクチン
（ベトナム語）

モデルナ社製ワクチン
（ベトナム語）

◆ ステップ３　予診票の内容を説明

予診票（ベトナム語）

※ 裏面のベトナム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

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

住民票に記載されている住所	都道府県　　市区町村		
フリガナ 氏　名		電話番号	（　　） －

※ワクチン接種後に医療機関において貼り付けてください
※左隅に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください
（クーポン貼付）

生年月日（西暦）□□□□年□□月□□日生（満□□□歳）　□男・□女　診察前の体温 □□度□分

質問事項	回答欄		医師記入欄
新型コロナワクチンの接種を初めて受けますか。 （接種を受けたことがある場合　1回目:　月　日、2回目:　月　日）	□ はい	□ いいえ	
現時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。	□ はい	□ 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。	□ はい	□ いいえ	
接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。 □医療従事者等　□65歳以上　□60~64歳　□高齢者施設等の従事者 □基礎疾患を有する（病名:　）	□ はい	□ いいえ	
現在、何らかの病気にかかって、治療（投薬など）を受けていますか。 病　名：□心臓病　□腎臓病　□肝臓病　□血液疾患　□血が止まりにくい病気　□免疫不全 □その他（　） 治療内容：□血をサラサラにする薬（　）□その他（　）	□ はい	□ いいえ	
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（　）	□ はい	□ いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。　症状（　）	□ はい	□ いいえ	
けいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか。	□ はい	□ いいえ	
薬や食品などで、重いアレルギー症状（アナフィラキシーなど）を起こしたことがありますか。 薬・食品など原因になったもの（　）	□ はい	□ 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すか。 種類（　）　症状（　）	□ はい	□ 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）はありますか。または、授乳中ですか。	□ はい	□ 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（　）	□ はい	□ いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	□ はい	□ いいえ	

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の接種は（□ 可能 ・ □ 見合わせる） 本人に対して、接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。 □ 被接種者は6歳未満である（該当する場合は塗りつぶしてください）	医師署名又は記名押印

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、接種を希望しますか。（□ 接種を希望します ・ □ 接種を希望しません）

この予診票は、接種の安全性の確保を目的としています。

このことを理解の上、本予診票が市町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。

年　月　日　被接種者又は保護者自署
（※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載）
（※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被後見人の場合は本人又は成年後見人自署）

医師記入欄	ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日　※医療機関等コード・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。
	シール貼付位置 ※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください （注）有効期限が切れていないか確認	□.□ ml	実施場所 医師名 医療機関等コード □□□□□□□□□□ 接種年月日 ※記入例）4月1日→04月01日 202□年□□月□□日

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。