

ご利用者ご家族様

特別養護老人ホームサンフラワーガーデン

施設からのお知らせ

拝啓

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。
広報誌「サンフラワーだより」をご送付いたします。ご高覧くださいませ。

早速ながら下記の通り、新型コロナワクチンの追加接種をご希望の場合、同封の記入例を参考に、予診票に必要事項をご記入いただき、接種券と共に施設に郵送またはお届けいただきますようお願い申し上げます。

事務所が年末年始休暇に入りますので、面会は12月30日から1月3日までお休みをさせていただきます。1月4日(火)から1Fの相談室でパーティション越しの面会(直接面会)を再開いたします。時間等制限付きですが、ご希望のご家族様は、お申込みいただきますようお願い申し上げます。

1月の土曜日の面会は、15日とさせていただきます。

ご遠方の方や外出を控えたい方は、WEB面会も可能です。皆さまには、引き続き、ご理解ご協力いただきますようお願い申し上げます。

また、2021年度施設満足度調査を同封しておりますので、お手数ですが、ご記入後1月末までに、ご返送いただきますようお願い申し上げます。貴重なご意見をもとに引き続きサービス向上に努めますのでご協力をお願いいたします。

敬具

記

1. 新型コロナワクチン追加接種について

松井医師(施設嘱託医)が、施設で接種をいたします。接種をご希望の場合、同封の記入例を参考に、予診票に必要事項をご記入いただき、接種券と共に施設に郵送またはお届けいただきますようお願いいたします。接種予定は現時点では2月の見込みです。

2. 面会について

①. 直接面会の方法

1F相談室で直接面会をしていただきます。密及び濃厚接触を避けるため面会者は2名までで、面会時間は約10分間とさせていただきます。面会者が4名の場合、2名の方が交代で直接面会をいただくか、もしくは窓越しから同時に面会をしていただけます。

- ・受付で検温をしていただきます。
- ・体調チェックシートにご記入いただき、体調確認をさせていただきます。
- ・飛沫や素手からの感染を防ぐためマスク着用と面会前後の手指消毒をお願いいたします。
- ・面会は予約制です。事前に電話でご予約をお願いいたします。(裏面に続く)

・各面会が終わりましたら、室内のアルコール消毒をいたします。

感染予防対策のため以下の症状がある方は、面会をお断りさせていただきます。

※ 37℃以上の発熱、咳、のどの痛み、体のだるさ、嗅覚・味覚の異常、嘔吐・下痢、発疹、目が赤い

※ 同居のご家族に上記のような症状が2週間以内にあった場合

②. 面会予定

・月曜日～金曜日(祝日を除く) 10:30～11:30と14:00～15:00の間の約10分程度
午前か午後でお申し込みいただき、日程調整後、後日ご連絡させていただきます。

・1月15日(土)の 10:30～11:30と14:00～15:00の間の約10分程度

③. ご自宅からのWEB面会

ご希望の面会方法(ZOOMもしくはLINE)をお選びいただき、電話でご予約ください。面会時間は約10分間です。面会の流れ(※1、※2)をご確認ください。アプリの使い方に関するサポートは施設では対応できませんのでご了承ください。また通信状況が悪い場合は、音声や映像が途切れる場合もありますので、その場合はご容赦いただきますようお願い申し上げます。

※1 ご自宅から LINE によるオンライン面会

○「LINE」という無料アプリを、使用する通信機器(スマートフォン・タブレット端末・パソコン)へダウンロードしていただく必要があります。

○ご面会前に、サンフラワーガーデンのアカウントを下記の QR コードから「友だち追加」してください。

○続いて下記のメッセージをお送りください。メッセージを確認しましたら返信いたします。

[ご利用者のお名前]の[長男・長女などの続柄]と[ご家族のお名前フルネーム]です。

○お電話で面会予約をお願いします。オンライン面会当日は施設からご家族様へ発信しますので、ご予約のお時間が近づきましたら端末をご用意してお待ちください。

○終了時間になりましたら、職員からお声がけをさせていただきます。

LINE アカウントはオンライン面会のみを目的に使用いたします。初回の確認メッセージ以外のご連絡を送っていただいても確認・返信はできませんのでご了承ください。

※2 ご自宅から ZOOMによるオンライン面会

○「ZOOM Cloud Meetings」という無料アプリを、使用する通信機器(スマートフォン・タブレット端末・パソコン)へダウンロードしていただく必要があります。

○お電話で面会予約をお願いします。その際に ZOOM での面会に必要な ID やパスワードをお伝えします。

○予約時間になりましたら、お伝えした ID とパスワードを入力して「参加」してください。

○終了時間になりましたら、職員からお声がけをさせていただきます。

以上

追加接種の予診票 記入例

新型コロナワクチン接種の予診票（追加接種用）

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

住民票の住所を記入してください。

住民票に記載されている住所 京都府 向日市 物集女町森ノ下12番地1	郵便番号 〒604-0001	電話番号 (075) 922-1700	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
フリガナ キョウト ムコウシ 氏名 京都 向日市	生年月日(西暦) 1935年1月1日生(満86歳)	診察時の体温 □□度□分	

施設で記入します。

質問事項	目答欄	医師記入欄
新型コロナワクチンの接種を受けたことがありますか。 接種日(1回目: 年 月 日、2回目: 年 月 日) 接種を受けたワクチン()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現時点で住民票のある市町村と、接種券又は右上の請求先に記載されている市町村は同じですか。	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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: <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"/> 毛細血管漏出症候群 <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()	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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()	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 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()	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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すか。 種類() 症状()	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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)はありますか。または、授乳中ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ	

分かる範囲で記入をお願いします。

医師記入欄 以上の問診及び診察の結果、今日の接種は(<input type="checkbox"/> 可能 - <input type="checkbox"/> 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。	医師署名又は記名押印
--	------------

医療機関記入欄 0 時間外(受付時間 :) 0 休日 0 小児(6歳未満) 0 予防() 0 予防()

代筆者氏名と続柄を記入してください。

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筆 **京都向日子(長女)**

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
シール貼付位置		実施場所	医療機関等コード
※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		接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日	202 年 月 日

施設で接種日を記入します。