



アストラゼネカの 新型コロナウイルスワクチンを 接種希望される方へ

当院は『アストラゼネカの新型コロナウイルスワクチン
(バキスゼブリア筋注)』を接種できる医療機関です。

また、バキスゼブリア筋注を接種される方を対象とした
『新型コロナウイルスワクチンの投与開始初期の重点的調査
(コホート調査)』を実施しています。

《ご参加いただける方》

- ◎バキスゼブリア筋注を接種する40歳以上の方◎
 - ◎ BMI 30未満の方 ◎
- コホート調査への参加にご興味がありましたら、
下記問合せ先までご連絡ください。

お問合せ

独立行政法人地域医療機能推進機構
桜ヶ丘病院

astrazeneca-wakuchin@sakuragaoka.jcho.go.jp



バキスセブリア筋注 接種の注意事項

バキスセブリア筋注 接種予定日

日時

1回目

2回目

① R 3.9.16 (木)	R 3.11.11 (木)	(8週後)
② R 3.9.30 (木)	R 3.11.25 (木)	(8週後)
③ R 3.10.14 (木)	R 3.12.16 (木)	(9週後)
④ R 3.10.28 (木)	R 3.12.23 (木)	(8週後)

上記日付で、朝9時に病院前に集合。

1回目で接種の説明、コホート調査の説明後
同意書を記入して頂き、接種となります。

- * 1.2回目当院が指定した日時に接種できる方。
- * 当院では、40歳以上の方。
- * BMI 30未満の方。 ($BMI = \text{体重kg} \div (\text{身長m})^2$)
- * 1回目接種の前にコホート調査の説明をさせて頂き、参加希望され同意書を記入された方。
- * 副作用が出た時の対応を目的に、救急病院等からの接種情報の開示を求められた場合を想定して当院電子カルテに予診票を取込む事及びアストラゼネカ接種者であるかの有無を救急病院等からの問合せ同意頂ける方。

以上を当院の接種条件とします。

申込メール

- 予約方法は「**メール**」となります。
以下の内容をご記載いただき、下記に送信してください。

件名

バキスセブリア筋注 接種希望

本文

- 氏名
- 年齢
- 希望日時
- 接種券の有無
- 新型コロナワクチン接種経験の有無
- 身長
- 体重

- astrazeneca-wakuchin@sakuragaoka.jcho.go.jp