

再送・重要

2 福薬発第 8 1 5 号
令和 3 年 1 月 2 1 日

各地区薬剤師会会長 殿

公益社団法人福岡県薬剤師会
会長 原 口 亨



新型コロナウイルスワクチンに係る医療従事者等
の優先接種希望者数の調査について（再依頼）

標記について、福岡県保健医療介護部長から薬局従事者に対するワクチン優先接種希望に関する調査協力の依頼があり、1月13日付け2福薬第784号により、皆様にご協力をお願いしたところです。

各薬局からの報告期限は19日（火）までとされていましたが、未報告の薬局があるとのことでした。

国の政策に基づく会員・非会員を問わない全ての薬局についての事前調査です。ので、ご多忙のところ恐縮ですが、再度会員への周知をお願いいたします。

記

1 回答方法

福岡県ホームページの回答フォーム（別紙参照）に入力。

2 回答期限

令和3年1月27日（水）17時まで延長

全ての薬局が調査対象です

優先接種希望者がいない場合は、接種希望者数を「0」で
回答願います

回答期限：令和3年1月27日に延長

重要

2 福薬発第784号
令和3年1月13日

各地区薬剤師会会長 殿

公益社団法人福岡県薬剤師会
会長 原口 亨



新型コロナウイルスワクチンに係る医療従事者等
の優先接種希望者数の調査について（依頼）

標記について、別紙のとおり、福岡県保健医療介護部長から薬局従事者に対するワクチン優先接種希望に関する調査協力の依頼がありました。

下記のように各会員薬局から福岡県ホームページの回答フォームに直接入力していただくことになっておりますが、回答期限が短くなっておりますので、県から提供されている薬局の管理者あての文書（別添）により、早急に貴会会員へ周知いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

なお、当会のホームページにも本通知に係る情報を掲載いたします。

記

1 優先接種の対象者

薬局において、新型コロナウイルス感染症患者（疑いを含む）に頻繁に接する機会のある薬剤師その他の職員（職種は限定しない）。

2 回答方法

福岡県ホームページの回答フォーム（別紙参照）に入力。

※ 回答に際しての注意点

回答フォームの「団体・法人名」には、薬局名を入力すること。同様に、「郵便番号」「住所」「電話番号」「メールアドレス」にも薬局の住所等を入力すること。

3 回答期限

令和3年1月19日（火）13時

4 その他

後日、薬局のメールアドレス宛に優先接種希望者の名簿提出の依頼が行われる。

今回の優先接種を希望しなかったとしても、今後実施される一般接種（住所地）で接種を受けることができる。

2 疾病第 5 8 3 1 号
令和 3 年 1 月 1 2 日

公益社団法人福岡県薬剤師会会長 殿

福岡県保健医療介護部長
(福岡県新型コロナウイルス感染症対策本部)



新型コロナウイルスワクチンに係る医療従事者等の優先接種
希望者数の調査について

本県の保健医療行政の推進につきましては、平素から格別の御高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、新型コロナウイルスワクチンについて、厚生労働省から、医療従事者等に対する優先接種を本年 3 月から開始する予定が示され、接種者数を把握することとされています。

つきましては、別添のとおり県内の薬局への調査を実施しますので、貴会会員への周知をお願いいたします。

今回ワクチン優先接種を受けなかった方は、今後実施される一般接種（住所地）でワクチン接種を受けることができます。

【担当】

福岡県新型コロナウイルス感染症対策本部事務局

ワクチン班 吉田、近藤

TEL : 0 9 2 - 6 4 3 - 3 5 9 5

FAX : 0 9 2 - 6 4 3 - 3 3 3 1

薬局の管理者 殿

福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課長
(福岡県新型コロナウイルス感染症対策本部事務局)

新型コロナウイルスワクチンに係る医療従事者等の優先接種希望者数の調査について

本県の保健医療行政の推進につきましては、平素より格別の御理解・御協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、新型コロナウイルスワクチンについて、厚生労働省から、医療従事者等に対する優先接種を本年 3 月から開始する予定が示され、接種者数を把握することとされています。

つきましては、貴薬局において医療従事者等への優先接種対象者のうち接種を希望する人数を、下記のとおり御回答くださいますようお願いいたします。

優先接種希望者については、後日、回答いただいたメールアドレスに名簿の提出を依頼させていただきます。

なお、パソコンやスマートフォン等のインターネット環境が無い場合は、下記問い合わせ先にご連絡ください。

今回ワクチン優先接種を受けなかった方は、今後実施される一般接種（住所地）でワクチン接種を受けることができます。

記

1 回答方法

県ホームページ（ふくおか電子申請サービス）からインターネット経由で回答

URL: <https://www.shinsei.elg-front.jp/fukuoka/uketsuke/dform.do?acs=covid19vactineresearch2>



スマートフォン用
バーコード

2 回答期限

令和 3 年 1 月 1 9 日（火） 1 3 : 0 0 まで

※ 回答期限後に、優先接種を希望されることになった場合は、下記担当者までご連絡ください。

3 その他

薬局における医療従事者等の範囲について

○ 薬局において、新型コロナウイルス感染症患者（疑い患者を含む。以下同じ。）に頻繁に接する機会のある薬剤師その他の職員（登録販売者を含む。）

※ 職種は限定しない。

※ 当該薬局が店舗販売業等と併設されている場合、薬剤師以外の職員については専ら薬局に従事するとともに、主に患者への応対を行う者に限る。

※ 疑い患者には、新型コロナウイルス感染症患者であることを積極的に疑う場合だけでなく、発熱・呼吸器症状などを有し新型コロナウイルス感染症患者かどうか分からない患者を含む。

【担当】

福岡県新型コロナウイルス感染症対策本部事務局
ワクチン班 吉田、近藤

TEL : 0 9 2 - 6 4 3 - 3 5 9 5

FAX : 0 9 2 - 6 4 3 - 3 3 3 1


[サイトマップ](#)

 文字の大きさ **大** **中** **小** 色 **標準** **黒** **青** **黄**
[ヘルプ](#)

新型コロナウイルスワクチンに係る医療従事者の優先接種希望者数の調査（薬局）

回答内容の入力

操作方法のご説明

下記の入力フォームに必要な事項を入力した後、「回答内容確認」ボタンを押してください。

必須 マークがある項目は、必ず入力してください。

また、機種依存文字は使用しないでください。機種依存文字が入力されている場合はエラーになります。

途中まで入力した内容を一時保存したい場合、「回答一時保存確認」ボタンを押してください。ただし、選択した添付ファイルに関しては一時保存されません。

福岡県内の薬局を対象に下記調査を実施しています。

新型コロナウイルスワクチンについて、厚生労働省から、医療従事者等に対する優先接種を本年3月から開始する予定が示され、薬局における接種者数を把握することとしました。

つきましては、貴薬局における医療従事者等への優先接種対象者数及び接種を希望する人数を、下記のとおり御回答くださいますようお願いいたします。

優先接種希望者については、後日、回答いただいたメールアドレスに名簿の提出を依頼させていただきます。

今回ワクチン優先接種を受けなかった方は、今後実施される一般接種（住所地）でワクチン接種を受けることができます。

団体・法人名 必須	
役職・部署名(フリガナ)	全角カタカナで入力してください。
お名前	
郵便番号	012-3456のように、半角ハイフンで区切って入力してください。 住所検索
住所 必須	
電話番号 必須	012-3456-7890のように、半角の数字とハイフンで入力してください。
内線番号	半角数字で入力してください。
メールアドレス 必須	システムからの通知メールを受信するために、パソコンまたはスマートフォンのメールアドレスを入力してください。 確認用の欄には、同じメールアドレスをもう一度入力してください。 パソコン用 パソコン確認用 スマートフォン用 スマートフォン確認用

ふくおか電子申請サービス-簡易申請-回答内容入力

	<p>※パソコンとスマートフォンの両方に入力された場合は、両方のメールアドレス宛てにメールが送信されます。</p> <p>※スマートフォンの場合、ドメイン指定受信を設定されている方は「elg-front.jp」を受信できるように指定してください。</p>
<p>問 1. 自院における接種対象者数 (概算)</p> <p>必須</p>	<p>下記医療従事者等の範囲を参考に、貴薬局における対象者数を入力してください。</p> <p>薬局における医療従事者等の範囲は以下のとおり</p> <ul style="list-style-type: none"> ・薬局において、新型コロナウイルス感染症患者（疑い患者を含む。）に頻りに接する機会のある薬剤師その他の職員（登録販売者を含む。） <p>※職種は限定しない。</p> <p>※疑い患者には、新型コロナウイルス感染症患者であることを積極的に疑う場合だけでなく、発熱、呼吸器症状などを有し新型コロナウイルス感染症患者かどうかわからない患者を含む。</p> <p>※当該薬局が店舗販売業等と併設されている場合、薬剤師以外の職員については専ら薬局に従事するとともに、主に患者への対応を行う者に限る。</p> <p style="text-align: center;">人</p>
<p>問 2. 接種希望者数</p> <p>必須</p>	<p>問 1 の接種対象者のうち、接種を希望している方の人数を回答してください。</p> <p style="text-align: center;">人</p>
<p>通信欄</p>	

お問い合わせ

福岡県新型コロナウイルス感染症対策本部ワクチン班（がん感染症疾病対策課）
連絡先・担当：092-643-3595・吉田、近藤