

FAXによる提出先：03-5388-1432 宛先：東京都福祉保健局感染症対策部防疫・情報管理課ワクチン担当

## 医療従事者のワクチン接種状況調査票

施設等名称：

担当者名：

電話番号：

自施設の医療従事者等への接種済み数および今後の予定数について、以下からご回答をお願いいたします。

### 【ご入力に当たっての注意事項】

- ・医療従事者とは、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、その他の技師、委託業者・事務職等のことです。
- ・貴所属の医療従事者のワクチン接種状況に係る調査です。貴所属以外の機関でワクチン接種を受けた医療従事者についても調査の対象ですので、接種数に含めてください。
- ・貴施設内に複数の施設が存在する場合（病院と老人ホームが同一の施設内にある場合等）は、各施設の接種状況を合算してご回答ください。

### 1 1回目接種済人数

1回目のワクチン接種が完了している貴施設の医療従事者の人数をご入力ください。

人 数

### 2 今後接種予定人数

今後1回目のワクチン接種を予定している貴施設の医療従事者の人数をご入力ください。（予定がない場合は0と入力）  
現時点で、ワクチンの予約ができていない場合で、接種を希望されている医療従事者がいる場合は、その人数も含んでください。

人 数