



新型コロナワクチン接種支援システムを稼働させ大学拠点接種を実施

<概要>

豊橋技術科学大学では、豊橋ハートセンターの協力のもと、被接種者ならびに接種スタッフの省力化・効率化を目的とした新型コロナワクチン接種支援システムの開発を行ないました。予診票入力オンライン化を行うとともに、接種時においても予診票の提示をスマートホン上のQRコードを用いて非接触で行えるようにしました。10月1日（2回目接種1日目）に実施した豊橋技術科学大学における新型コロナワクチン大学拠点接種においてその動作を確認するとともに、10月8日（2回目接種2日目）においても再度システムを稼働させ、大学拠点接種を実施します。

<詳細>

コロナ禍への対応の一環として、新型コロナワクチン接種が進められていますが、被接種者へは紙ベースでの予診票の記載が求められるとともに、接種実施側には接種時の医師・看護師の確保だけでなく予診票確認等の工程のための事務処理や誘導の人員の配置など、非常に手間やコストがかかる問題がありました。オンラインでの予診票入力環境を提供するとともに、QRコードによる非接触での予診票提示や予診票記載内容チェックの自動化等によって、

- ・予診票入力の手間の軽減（特に外国人は外国語での入力内容確認が可能）
- ・接種時の予診票確認工程の排除（人員の削減）
- ・会場での予診票記載等に使用する備品（ペン、バインダーなど）の消毒業務の省力化／会場での感染リスクの低減
- ・予診票内の要確認項目の自動ハイライトによるチェックの補助
- ・接種後経過観察時間の自動計算による待機指示の簡易化

などが期待でき、接種における簡素化が期待できます。

なお、本システムの開発には（株）ウェブインパクトのご協力を戴いています。

<取材について>

10月8日（金）実施の大学拠点接種についての取材を以下の時間帯でお受けします。

取材希望報道機関については、以下広報担当宛に事前に申し込みください。

当日の取材にあたっては、発熱（37.5℃以上）がある方はご遠慮願います。また、マスク着用等を徹底し、会場入口でも検温させていただくなど、感染防止対策にご協力願います。

取材対応時間帯 10月8日（金）11:00～12:00 集合場所：本学事務局前

【取材申込み先】

総務課広報係 岡崎・高柳

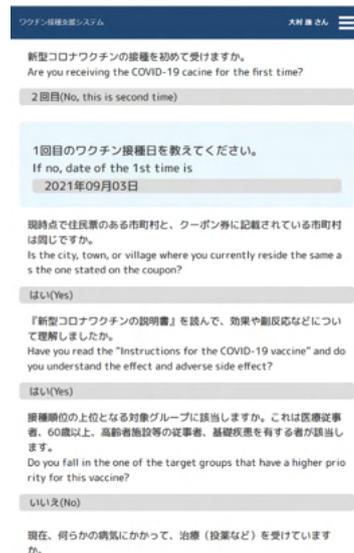
TEL:0532-44-6506 FAX:0532-44-1270 Email: kouho@office.tut.ac.jp

- ・報道機関名、所属、氏名をお知らせ下さい。

※来学予定者すべてお知らせ下さい。



スマートフォン上の QR コード



スマートフォン上で入力された予診票

住居票に記載されている住所	愛知県豊橋市○○町○○○ ○○ビル○号室	
氏名	豊橋 太郎 (トヨシタロウ) 電話番号 0123-456-7890	
生年月日	2000年01月01日生 (満21歳) 男 診察前の体温 36度5分	
質問事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナウイルス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: 日付の選択 [15] 2回目: 日付の選択 [15])	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	
接種時点で住居票のある市町村と、クーポン券に記載されている市町村は同じですか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
「新型コロナウイルスの説明書」を読んで、効果や副反応について理解しましたか。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> 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。 接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。 <input type="checkbox"/> 医療従事者等 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60-64歳 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等の従事者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する (病名:)	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> 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"/> 喘息 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	
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="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	
過去、顔に赤みが強いことがありましたか。病名()	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	
薬や食品などで、重いアレルギー反応 (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) 反応した薬 (食品) 病名 ()	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	
これまで予診票を受けて具合が悪くなったことはありませんか。 種類() 症状()	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> 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) がありますか。または、授乳中ですか。 <input type="checkbox"/> 妊娠している可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> 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(日付の選択 [15])	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> 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 (<input type="radio"/> 可能 - <input type="radio"/> 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。 <input type="checkbox"/> 接種者は16歳未満である	医師署名又は記名押印 医者 一部
新型コロナウイルス接種希望書		
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。(<input type="radio"/> 接種を希望します - <input type="radio"/> 接種を希望しません)		
医師記入欄	医師 待機時間	実施場所・医師名・接種年月日
0.5 ml	15 分	実施場所 豊橋技術科学大学 医療機関等コード 医師名 接種年月日: 医者 一部 2021年10月03日
医師自由記入欄		

スタッフが参照する予診票画面



QR コードをかざす受付の様子



画面を見ながらの予診と接種の様子