

# 1, 2回目接種 : 接種するには接種券が必要(予診票を紛失した場合、会場に据え置いている予診票に記入していた)

〒 052-0021  
伊達市末永町39-8

伊達 太郎 様

※あなたの券番号は です。

**新型コロナウイルスワクチンを無料で受けられます。**

この接種券は、1回目・2回目の接種時に使用しますので、**絶対に捨てないでください。**

接 種 券		診察したが接種できない場合		新型コロナウイルスワクチン予防接種済証(臨時) Certificate of Vaccination for COVID-19	
券種	2 ワクチン接種	1 回目	券種	1 予診のみ	1 回目
請求先	北海道伊達市	012335	請求先	北海道伊達市	012335
券番号			券番号		
氏名			氏名		

1回目 接種年月日	メーカー/Lot No. (シール貼付け)
月 日	
接種場所	

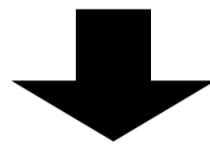
  

2回目 接種年月日	メーカー/Lot No. (シール貼付け)
月 日	
接種場所	

**接種を受ける方へ**

- シールは剥がさずに、台紙ごと接種場所へお持ちください。
- 右側の予防接種済証は接種が終わった後も大切に保管してください。



# 追加接種 : 接種するには、以下の2点が必ず必要になります

※この様式の予診票を紛失すると、再発行が必要となりました

**新型コロナウイルス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。

〒	052-0021	伊達市末永町39-8
伊達太郎	伊達太郎	伊達太郎

券種 2 (口予診のみ) 3 回目  
請求先 北海道伊達市 012335  
券番号 1234567890  
氏名 伊達太郎

氏名 伊達太郎  
生年月日 〇〇年〇〇月〇〇日 性別 男

質問事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナウイルス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 type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
「新型コロナウイルスワクチンの説明書」を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在、何らかの病気に罹り、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( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気に罹りましたか。病名( )	<input type="checkbox"/> はい <input 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 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 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 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 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 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 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 type="checkbox"/> 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  可  不可  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。

医師機関 〇 時間外(受付時間: ) 〇 休日 〇 小児(6歳未満) 〇 予備① 〇 予備②

新型コロナウイルス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、接種を希望しますが、(  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  
(※白字で記入してください。捺印は保護者自筆。代筆または捺印が不明瞭な場合は捺印を記載。)(※特種接種が1歳未満の場合は保護者自筆、1歳以上6歳未満の場合は本人又は成年見守り自筆)

ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所	医師名
シール貼付け			

医師記入欄 ※枠に合わせて必ず記入してください

**接種券一体型予診票**



〒100-8916  
東京都千代田区霞が関1-2-2  
厚生 太郎

**新型コロナウイルスワクチンを受けられます。**

費用負担はありません。

**接種を受けるときは、この用紙と予診票を忘れずにお持ちください。**

この書面は、あなたが3回目のワクチン接種をした事実を証明する大事な書面ですので、大切に保管してください。

**新型コロナウイルスワクチン 予防接種済証(臨時接種)**  
Certificate of Vaccination for COVID-19

あなたの接種券番号: \_\_\_\_\_

3回目 接種年月日	メーカー/Lot No. (シール貼付け)	氏名	厚生 太郎
年 月 日		住所	〇〇県〇〇市〇〇 999-99
		生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日 生

〇〇県〇〇市長

新型コロナウイルスワクチン1、2回目接種記録

	1回目	2回目
接種年月日	年 月 日	年 月 日
メーカー		
Lot No.		

※ \*が印字された部分の記録については、別途、当該接種の実施者から発行された接種済証、接種記録書、接種証明書等によって証明されます。

## 接種済証

(新型コロナウイルスワクチンを3回接種したことを証明するもの)