

# 予防接種済証について

ワクチン接種後、ワクチンを3回接種したことを証明することができます。

転居等の理由により住民票のある市区町村が福山市以外となった場合は、お送りした接種券一体型予診票は使用できません。住民票のある市区町村にて接種券を発行してもらう必要があります。発行については、住民票のある市区町村へお問い合わせください。

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。

切り離さない

## 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: 1234567890

3回目	名前	福山 太郎
接種年月日	住所	福山市東桜町3番5号
年	生年月日	1916年(大正5年)7月1日
月		
日		
接種場所		広島県福山市長

	1回目	2回目
接種年月日	2021年 5月 1日	2021年 5月 22日
メーカー	ファイザー	ファイザー
Lot No.	FA1234	FA5678

※ \*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。

### 接種が可能となる日の確認方法

2回目接種を行った日から、次の接種間隔をあけて接種を受けることができます。  
※同日がない場合は、翌月の1日から接種を受けることができます。

対象者	2回目接種日からの間隔
① 医療従事者、高齢者施設等の入所者・従事者等	6か月以上
② 高齢者	7か月以上
③ 一般の方	8か月以上

# 予診票の書き方

「接種を希望する方」は、赤枠の中を記入してください。  
「接種を希望しない方」は、記入する必要はありません。

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。

券種	2 (□予診のみ)	3 回目
請求先	広島県福山市	342076
券番号	1234567890	
名前	福山 太郎	

住民票に記載されている住所  
広島 都 道 福 山 市 区 村  
東桜町3番5号

フリガナ フクヤマ タロウ  
氏名 福山 太郎  
電話番号 ( ) -

生年月日(西暦) 1916年07月01日生 (満 歳) □男・□女 診察前の体温 度 分

質問事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナ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: 2021年 5月 1日、2回目: 2021年 5月 22日) 接種を受けたワクチン(1回目: ファイザー 2回目: ファイザー)	<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、何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。 病名: □心臓病 □腎臓病 □肝臓病 □血液疾患 □血が止まりにくい病気 □免疫不全 □毛細血管漏出症候群 □その他( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
治療内容: □血をサラサラにする薬( ) □その他( )		
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="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 (  可能 ・  見合わせる )  
本人に対して、接種の効果、副作用及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。  
医師記入欄 (時間外(受付時間) : ) (休日) (小児(6歳未満) ) (予備①) (予備②)  
※該当する項目について、マークの形からはみ出さないように書くようにしてください。

医師署名又は記名押印

記入しないでください。(医師が記入します。)

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、接種を希望しますか。(  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署  
(※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)  
(※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被後見人の場合は本人又は成年後見人自署)

ワクチン名・ロット番号 接種量 実施場所・医師名・接種年月日 ※医療機関等コード・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。  
医師記入欄 (シール貼付欄) 実施場所 医療機関等コード  
医師記入欄 (シール貼付欄) ml 医師名  
医師記入欄 (注)有効期限が切れていないか確認  
202 年 月 日

記入しないでください。(医師が記入します。)

予診票の右上のこの部分が接種券となっています。

接種日時点での満年齢を右詰めでご記載ください。

1・2回目の接種年月日とワクチンの種類が記載されていない場合は、必ずご自身でご記入ください。

■ 回答欄 ■  
内容をしっかり読み、すべての項目に「はい」か「いいえ」のチェック☑をしてください。

■ 接種希望書 ■  
接種を希望する方は、「希望します」にチェック☑をしてください。接種を受ける方の名前を書いてください。(代筆可)

最後に、赤枠の中に書き漏れがないかどうかしっかりご確認ください。