

〒625-0000
 京都府舞鶴市字00000
 0000様

見本

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、接種後、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: 0000000000

| | | | |
|--------------|--------------------------|------|--------|
| 4回目 接種年月日 | メーカー/Lot No. (シール貼付け) | 氏名 | 00 000 |
| 年 | | 住所 | 000000 |
| 月 日 | | 生年月日 | 00月00日 |

京都府舞鶴市長

新型コロナウイルスワクチン接種記録

| | 接種年月日 | メーカー | Lot No |
|-----|-------|------|--------|
| 1回目 | 年 月 日 | 0000 | 0000 |
| 2回目 | 年 月 日 | 0000 | 0000 |
| 3回目 | 年 月 日 | 0000 | 0000 |

※ *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。

※この用紙は切り離さず一冊お持ちください。

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

市常用 アルコール過敏・失神あり・2分・30分

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

| | | | |
|---------------|---------|-------|---|
| 住所(記載されている住所) | 京都府 舞鶴市 | 区 町 村 | |
| フリガナ | | 電話番号 | () - |
| 氏名 | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 生年月日(西暦) | 年 月 日 | 日生(満) | 歳 |
| 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。 接種回数()回 前回の接種日()年()月()日 前回接種を受けた新型コロナウイルスワクチンの種類() | <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"/> 毛細血管漏出症候群 <input type="checkbox"/> その他() 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="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。

医師署名又は記名押印

医療機関記入欄 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濃く塗りつぶしてください。

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 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、代筆者氏名及び接種者との続柄を記載)
 (※接種券が白紙決済の場合は保護者自署、成年被保者の場合は本人又は成年被保者自署)

| | | | |
|--|--|-------------------------|-------------|
| 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 |
| シール貼付位置 | <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> ml | 実施場所 | 医師名 |
| ※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください (注)有効期限が切れていないか確認 | | 接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日 | 接種年月日 年 月 日 |