

ワクチン接種に必要な書類等をお手元にご用意ください。

スムーズに接種ができるようになります。

① 予診票

(記載の間違いや漏れは大丈夫でしょうか。)

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

※ワクチン接種後に医療機関において貼り付けてください
※左欄に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください
(クーポン貼付)

〒-- 市 区 町 丁目 番 号

フリガナ
氏名 ()
生年月日 (西暦) 年 月 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
新型コロナウイルスワクチン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: 月 日、2回目: 月 日)	<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、クーポン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	
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="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"/> その他()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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()		
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気がかかりましたか。 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。 ※ 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
本人に対して、接種の効果、副反応及び予防接種推進被害救済制度について、説明した。
 接種者は6歳未満である(該当する場合は塗りつぶしてください)

医師署名又は記名押印

新型コロナウイルス接種希望書

医師の説明を受け、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。(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
(※白紙できない場合は接種者の署名し、代筆者氏名及び電話番号との併記を記載)
(※接種者が18歳未満の場合は保護者署名、成年被保護者の場合は本人又は成年被保護者署名)

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	0.5 ml	千葉大学けやき会館	1 2 0 9 9 9 0 2 8 5

※枠に合わせ、点線に沿っ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るの確認

医師名 今関 文夫 2021年 月 日

② 接種券

(無い方は2回目接種で必ずお持ちください。)

一人、2回接種します。
1回目の接種と2回目の接種は、同じメーカーのワクチンを接種します。
この接種券は大切に保管してください。
接種日時点で、千葉市の住民ではない方は、この接種券を使えません。

新型コロナウイルスワクチン接種についてのお問い合わせは、下記コールセンターへ
☎0120-57-8970(受付時間8:30~18:00 ※年末年始除く)

〒05J-4-040916

新型コロナウイルスワクチン接種券

【予約】「新型コロナウイルスワクチン接種のお知らせ」をご確認ください。
↓ 予約日メモ欄 (予約時に、記入してください。)

1回目
日時: 月 日 時 分
場所:

2回目
日時: 月 日 時 分
場所:

接種券番号 0019-891-342

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)	
券 種 2	ワクチン接種 1 回目	券 種 1	予約のみ 1 回目	1回目	接種年月日
請求先	千葉県千葉市 121002	請求先	千葉県千葉市 121002	年	メーカー/ロット No. (シール貼付)
券 号	0019891342	券 号	0019891342	月	日
氏 名		氏 名		接種場所	
211210020019891342		111210020019891342		2回目	接種年月日
券 種 2	ワクチン接種 2 回目	券 種 1	予約のみ 2 回目	年	メーカー/ロット No. (シール貼付)
請求先	千葉県千葉市 121002	請求先	千葉県千葉市 121002	月	日
券 号	0019891342	券 号	0019891342	接種場所	
氏 名		氏 名		氏 名	
221210020019891342		121210020019891342		氏 姓	

接種を受ける方へ

- シールは剥がさず、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。

千葉県千葉市

③ 身分証明書

(学生証, 職員証など)



新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

※本枠内にご記入またはチェック☑を入れてください

住民票に記載されている住所	都 道 市 区 町 村 府 界
フリガナ 氏 名	() -
生年月日 (西暦)	年 月 日 生 (満 歳) <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 診察前の体温 <input type="checkbox"/> 度 <input type="checkbox"/> 分

※ワクチン接種後に医療機関において貼り付けてください
※左側に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください

(クーポン貼付)

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初めて受けますか。 (接種を受けたことがある場合 1回目: 月 日、2回目: 月 日)	<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、クーポン券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	
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="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"/> 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(<input type="checkbox"/> 可能 ・ <input type="checkbox"/> 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"/> 被接種者は6歳未満である (該当する場合は塗りつぶしてください)	医師署名又は記名押印
-------	--	------------

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。(<input type="checkbox"/> 接種を希望します ・ <input type="checkbox"/> 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、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 <small>(※自署できない場合は接種者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との捺印を認める。) (※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被接種者の場合は本人又は成年被保見人自署)</small>
--------------------	--

医師記入欄	ワクチン名・ロット番号 シール貼付位置 ※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が確認	接種量 0.5 ml	実施場所・医師名・接種年月日 実施場所 千葉大学けやき会館 医師名 今関 文夫	医療機関等コード 1 2 0 9 9 9 0 2 8 5 接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日 2 0 2 1 年 月 日
-------	--	---------------	---	---

次に予診票で“よく”「間違っている」「漏れている」代表の項目を説明します。

【3つのNG】

1. 鉛筆・シャープペンシル NG
2. 消えるボールペン NG
3. A4サイズ(倍率100%)以外 NG

新型コロナワクチン接種の予診票

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

住民票に記載されている住所	都 道 市 区		府 県 町 村	
	フリガナ			
氏 名	電話 番 号		()	-
生年月日 (西暦)	年	月	日生 (満	歳)
			男・女	診察前の体温
				度 分

※ワクチン接種後に医療機関において
貼り付けてください

※左隅に合わせ、点線に沿ってまっすぐに
貼り付けてください

(クーポン貼付)

①

住民票(接種券)の住所になって
いますか？

②

体温の記載漏れ, 結構多
いです。

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初めて受けますか。 (接種を受けたことがある場合 1回目: 月 日、2回目: 月 日)	<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、クーポン券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	

③

- ✓ 一番間違いが多い質問事項です。
- ✓ 1回目接種の方は、質問事項上から3つは「はい」でないと接種ができません。
- ✓ 質問事項をもう一度見直してください。
- ✓ 間違っていたら二重線で訂正してください。

新型コロナ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)

④

本日の接種日と自署の記載確認をお願いします。
「接種を希望します」チェックも忘れずに