

<提出の際の「接種日・所属会社名」の記載方法>

■シール型接種券の場合

接種券 接種日 〇〇年〇〇月 123456 接種券番号 1234567890 氏名 〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇市		診察した接種できない場合 接種日 〇〇年〇〇月 123456 接種券番号 1234567890 氏名 〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇市		新型コロナウイルスワクチン 予防接種券(臨時) Certificate of Vaccination for COVID-19 接種券番号 〇〇〇〇〇〇 氏名 〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇市	
接種を受ける方へ ●シールは剥がさずに、お薬ごと接種場所へお持ちください。 ●お薬の手前接種済印は接種が終わった後も大切に保管してください。		〇月〇日 (AM/PM)、所属会社名を忘れずに記載願います。		〇〇市 〇〇市 〇〇市 〇〇市 〇〇市 〇〇市	

〇月〇日 (AM/PM)、所属会社名を忘れずに記載願います。

■接種券一体型予診票の場合

新型コロナ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印を入れてください。		接種日 〇〇年〇〇月 123456 接種券番号 1234567890 氏名 〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇市	
住所 〇〇市 〇〇区 〇〇町 〇〇丁目 〇〇番 〇〇号 氏名 〇〇〇〇〇〇〇〇 生年月日 〇〇年 〇〇月 〇〇日 性別 〇男 〇女 診察前の体温 〇〇度 〇〇分		接種日 〇〇年 〇〇月 〇〇日 接種券番号 〇〇〇〇〇〇 氏名 〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇市	
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()		はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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。		はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
「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。		はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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。		はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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()		はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他()		はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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()		はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状()		はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。		はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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。		はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
薬・食品など原因になったもの()		はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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。		はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
種類() 症状()		はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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。		はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類() 受けた日()		はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
今日の予防接種について質問がありますか。		はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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)		医師署名又は記名押印	
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	
医師署名 〇〇時 〇〇分 (受付時間) :) 〇休日 〇小児(未成年) 〇手帳① 〇手帳②		※接種する項目について、マークの欄にはAを記入し、Bを記入する場合はBを記入してください。	
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。(<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。			
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 医療機関コード		接種券番号 〇〇〇〇〇〇 氏名 〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇市	
シール貼付位置		医師署名	
※枠に合わせて必ず正確に貼り付けてください (注)有効期限が切れている場合は		2022年 〇月 〇日	

日付を記載ください。(欄外に AM/PM を記載)

所属会社名を記載。