



**伊藤忠新型コロナワクチン接種会場
(東京)**

運営マニュアル

(ITOCHU VACCINATION SITE OPERATION GUIDE BOOK)

第一版 20210621

【各系の動き】新型コロナウイルスワクチンの職場接種

※ 詳細は後述

3. 予診票確認係(ex.8561)

- ① 体温の記入を案内
- ② 予診票・接種記録書の記入方法を示し、記入漏れを確認
- ③ 書類フォルダー配布、封入を案内
- ④ 次の係を案内

4. 予診案内係(ex.8562)

- ① 着席を案内
- ② 予診スペースを案内
- ③ 肩出し準備を案内

5. 予診係(ex.8564)

- ① 診察によりワクチン接種の可否を判断・署名
- ② ワクチン接種量、接種日を記入
- ③ 接種待機スペースを案内
- ④ 次の接種者の受入れのため、予診案内係へ合図

6. 接種係(ex.8565)

- ① 接種者を呼び込み
- ② 医師と本人の署名を確認
- ③ ワクチンを注射
- ④ 次の係を案内

7. 接種確認・予診票回収/仕分係(ex.8566)

- ① 予診票と接種記録書に、ロット番号シールを貼付け・返却
- ② 予診票へ接種券を貼付け（ある場合）
- ③ 接種記録書に押印・接種日を記入
- ④ 「待機終了時刻メモ」を交付
- ⑤ 観察スペースを案内
- ⑥ 予診票を茶箱へ仕分け

2. 本人確認・受付係(ex.8559)

- ① 本人確認
- ② 予約確認
- ③ 予診票・接種記録書・接種券（ある場合）の持参を確認
- ④ 次の係を案内

8. 救護係(ex.8582)

※ 症状の確認、必要な応急処置

1. 検温・消毒係(ex.8557)

- ① 手指消毒を案内
- ② マスク着用を確認
- ③ 検温、体温シールの受取り、貼付けを確認
- ④ ワクチン接種希望者であることを確認
- ⑤ 次の係を案内

10. 運営統括係(ex.8563)

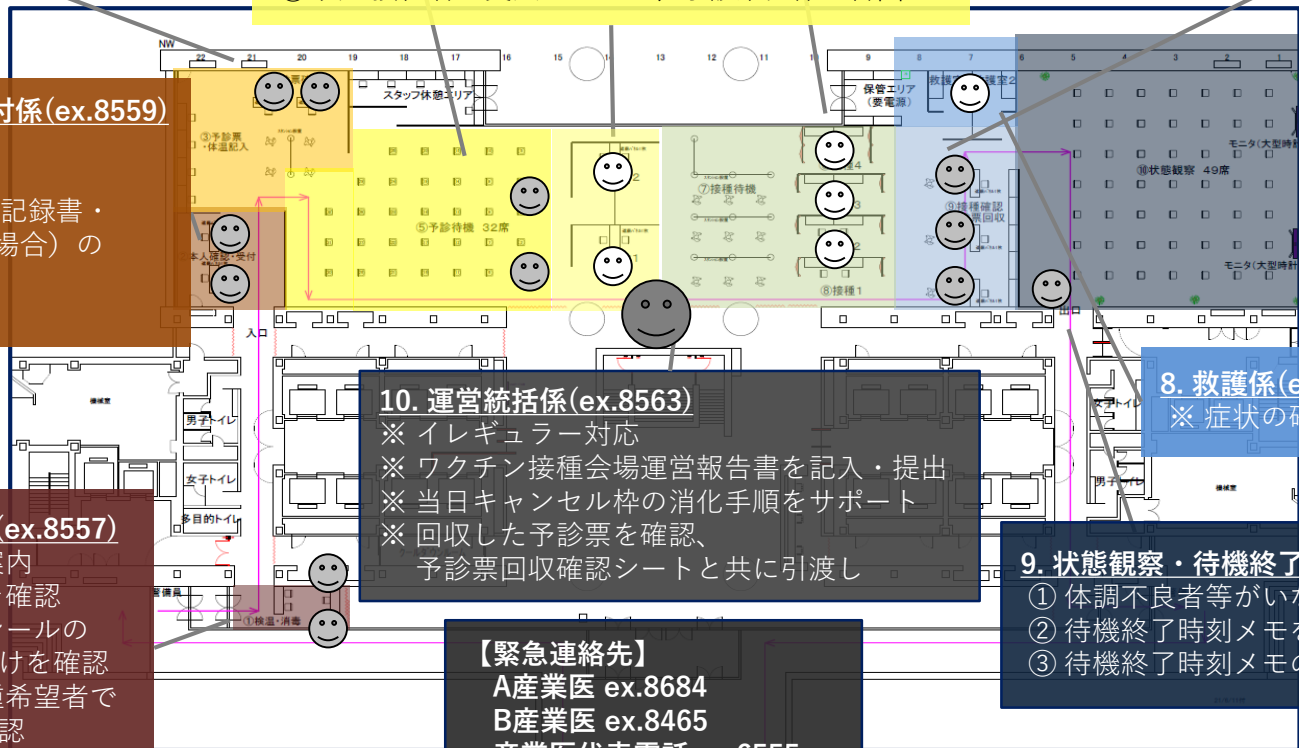
- ※ イレギュラー対応
- ※ ワクチン接種会場運営報告書を記入・提出
- ※ 当日キャンセル枠の消化手順をサポート
- ※ 回収した予診票を確認、予診票回収確認シートと共に引渡し

9. 状態観察・待機終了時刻確認係(ex.8583)

- ① 体調不良者等がないかを観察
- ② 待機終了時刻メモを確認、退場を案内
- ③ 待機終了時刻メモの廃棄を案内

【緊急連絡先】

A産業医 ex.8684
 B産業医 ex.8465
 産業医代表電話 ex.6555
 健康管理室受付 ex.7670



1. 検温・消毒係（2名）

(1) 具体的な動き

- ① 手指消毒を案内（入口外に設置し接種者自身で実施）
- ② マスク着用を確認（未着用者へマスクを配布）
- ③ サーモグラフィ検温・体温シールの受取り・予診票の裏への貼付けを案内
*1 37.5℃以上の場合、携帯型体温計による再検温。再び 37.5℃以上の場合、
「接種不可者シート（検温・消毒係）」の記入を案内、「再予約案内書」を
配布の上、退場を案内（入口から退場）
- ④ ワクチン接種希望者であることを確認、「予診票」、「接種記録書」、「接種券
（ある場合）」の準備を声掛け
- ⑤ 次の係を案内

※ 「接種不可者シート（検温・消毒係）」を午前・午後毎に、本人確認・受付係
へ提出

(2) 備品等確認

- ・ 消毒液
- ・ マスク
- ・ 体温シール予備
- ・ 携帯型体温計
- ・ 「接種不可者シート（検温・消毒係）」
- ・ 「再予約案内書」
- ・ 筆記用具（消毒済み）
- ・ 傘袋

(3) 会場イメージ



手指を消毒



検温と同時に、
体温シールが自動発行

2. 本人確認・受付係（2名）

(1) 具体的な動き

- ① 「顔写真付き本人確認書類」の提示を案内、顔写真と顔の一致を確認
 - *1 原則、社員証とし、社員証が無い場合、入館証・運転免許証・マイナンバーカード・健康保険証・いずれか一つにて代替可
- ② 「顔写真付き本人確認書類」と予約確認表・予約システム記載の氏名の一致を確認、予約確認表・予約システムをチェック・更新
 - *1 同日の午前・午後の中であれば、受付可
 - *2 予約がない・日付違い場合、「接種不可者シート（本人確認・受付係）」の記入を案内、「再予約案内書」を配布の上、退場を案内（入口から退場）
- ③ 「予診票」、「接種記録書」、「接種券（ある場合）」の持参を確認
 - *1 忘れた方へblankフォームを配布、記入スペースでの記入を案内
 - *2 フリクションのボールペンにて記入している場合、blankフォームを配布、通常のボールペンによる記入を案内
- ④ 次の係を案内

※ 当日キャンセル枠の消化手順は、以下の通り。

- ・ 14:45 に接種係へワクチンの余り数を確認
- ・ ボランティア者のうち、接種希望者に声掛け。更にワクチンが余った場合、人事・総務部 企画統轄室へ連絡、人事・総務部員の接種希望者を募集
- ・ キャンセル枠で接種する場合、「キャンセル枠接種者シート」を記入
- ・ システム管理者から接種者へ、1・2 回目の予約を案内

(2) 備品等確認

- ・ 「接種不可者シート（本人確認・受付係）」
- ・ 「再予約案内書」
- ・ 「予診票」 blankフォーム
- ・ 「接種記録書」 blankフォーム
- ・ 「キャンセル枠接種者シート」
- ・ 筆記用具（消毒済み）
- ・ 予約システムのマニュアル
- ・ 当日予約者リスト

(3) 会場イメージ



blankフォームを備置

3. 予診票確認係（2名）

(1) 具体的な動き

- ① 「予診票」への体温の記入を案内
- ② 「【記入方法】予診票」、「【記入方法】接種記録書」を示し、記入漏れを確認
 - *1 記入項目の順番に指差し確認（特に、欄外の所属会社名を確認）
 - *2 体温未記入の場合、「予診票」裏面に貼った体温シールを基に本人が記入
 - *3 その他、記入漏れがある場合、その場で記入
- ③ 書類フォルダーを配布し、「予診票」、「接種記録書」、「接種券（ある場合）」の封入を案内
- ④ 次の係を案内

※ 記入スペースの未使用ボールペンが減れば補充

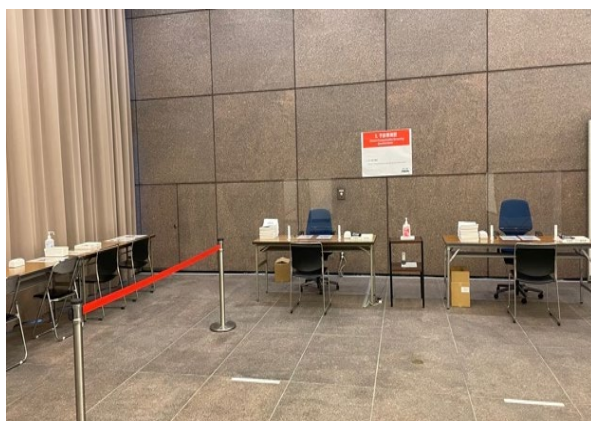
※ 午後終了時に、使用済みボールペンを除菌ペーパーにて消毒

※ 記入スペースのテーブルを除菌ペーパーにて小まめに消毒

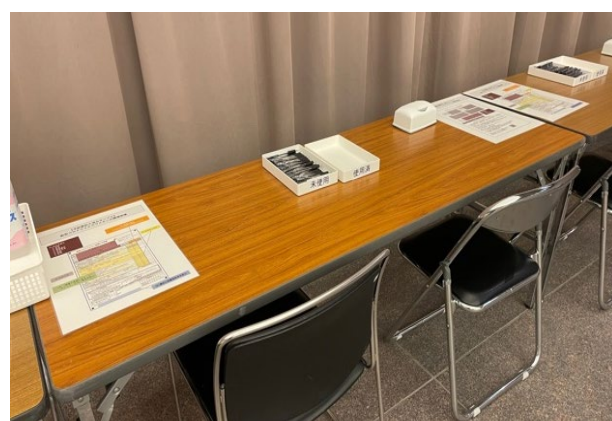
(2) 備品等確認

- ・ 「予診票記入方法」
- ・ 「接種記録書記入方法」
- ・ 未使用ボールペン
- ・ 除菌ペーパー
- ・ 書類フォルダー
- ・ 筆記用具
- ・ 筆記用具のペン立て（使用前後の2つ）

(3) 会場イメージ



左側が記入スペース・
奥側が確認スペース



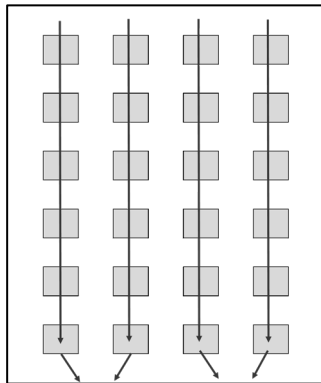
記入スペース、
記入方法のサンプルを備置

4. 予診案内係（2名）

(1) 具体的な動き

① 前方から詰めて着席を案内

*1 四列で前に詰めつつ、左二列を予診スペース A、右二列を予診スペース B に案内



② 予診スペースが空いたことを確認し、着席列の交互に案内

*1 予診の結果、接種を見合わせる場合、「接種不可者シート（予診案内係）」の記入を案内、「再予約案内書」を配布の上、退場を案内（ヘンリー・ムーア像の裏側より退場）

③ 肩を出す準備を案内

※ 「接種不可者シート（予診案内係）」を午前・午後毎に受付係へ提出

(2) 備品等確認

- ・ 「接種不可者シート（予診案内係）」
- ・ 筆記用具（消毒済み）
- ・ バインダー

(3) 会場イメージ



足元にライン番号を表記、
係 (○) は来場者と予診スペースの内側の両方が見える位置に立つ

5. 予診係（2名）

(1) 具体的な動き

- ① 「予診票」を参照しつつ診察を行い、ワクチン接種の可否を判断・署名
 - *1 離脱者が出た場合、予診案内係へ声掛け
 - *2 抗凝固剤を内服中の場合、接種後2分以上の圧迫を指示、医師記入欄に「2分」と記入
 - *3 待機時間が30分の場合、「予診票」の医師記入欄に「30分」と記入
- ② 「予診票」にワクチンの接種量、接種日を記入・返却
- ③ 接種待機スペースを案内
- ④ 次の被予診者の受入れのため、予診案内係へ合図

(2) 備品等確認

- ・ 特に無し（医療関係備品は別途）

(3) 会場イメージ



医師による問診を実施

6. 接種係（3名）

(1) 具体的な動き

- ① 次の接種者の受入れのため、呼び込み
 - ② 「予診票」の医師と本人の署名を確認・返却
 - ③ ワクチンを注射
 - *1 アルコール過敏症の有無を確認、該当の場合、非アルコール綿を使用
 - *2 注射後に体調不良となった場合、救護室へ声掛け
 - *3 予診票の医師記入欄に「2分」の記載がある場合、接種後2分以上の圧迫を指示
 - ④ 次の係を案内
- ※ ワクチンのロット番号の切替えタイミングにて、接種確認・予診票回収/仕分けへ連絡（ワクチンのロット番号シールも切替え）

(2) 備品等確認

- ・ 特に無し（医療関係備品は別途）

(3) 会場イメージ



間隔を開け、立って順番を待つ



看護師による接種を実施

7. 接種確認・予診票回収/仕分係（3名）

(1) 具体的な動き（①を1名、②③を1名、④⑤⑥を1名で対応）

- ① 「予診票」、「接種記録書」を本人より預かり、ワクチンのロット番号シールを「予診票」、「接種記録書」に貼付け・返却（シール貼付け方法は以下の通り）

1回目	
接種年月日	接種日 2021年 月 日
接種会場	

ワクチン名・ロット番号	接種量
シ ②	
※枠に合わせてまっすぐに貼付けてください (注)有効期限が切れていないか確認	ml

① 「接種記録書」

② 「予診票」

予診票に貼るシールは2枚余る。

※ 3枚のうち何れか1枚を貼り付け

- ② 「予診票」を本人より預かり、接種券を持参の場合、1枚目を「予診票」に貼付け・返却
- ③ 「接種記録書」を本人より預かり、会場名を押印、接種日を記入・返却
- ④ 「予診票」を回収、「待機終了時刻メモ」を記入・交付
- *1 予診票の医師記入欄に「30分」の記載がある場合、30分後の時刻を記入
- ⑤ 観察スペースを案内。
- *1 予診票の医師記入欄に「30分」の記載がある場合、救護室近く（＝看護師の近く）の席を案内
- ⑥ 回収した「予診票」の所属会社名を再確認の上、茶箱へ仕分け
- ※ 仕分け・並替え・入替え・格納・引渡しの方法は、以下の通り。
- ・茶箱は「伊藤忠 or ポピンズ用（アカサタナ毎の10個）」、「館内従業員数が多いA社・B社・C社・D社・E社・F社・G社・H社・I社・その他用（10個）」の計20個あり、それぞれに仕分け
 - ・午前・午後毎に、上記20個の茶箱毎に氏名のアイウエオ順に並び替え、社名・日付表記のあるクリアファイルに移し替え（クリアファイルの必要枚数は、月火水金曜の午前が20枚、月火水金曜の午後が10枚、木曜が10枚）
 - ・全枚数を確認、「予診票回収確認シート」へ記入・署名の上、クリアファイルと共に「FILE BOX（黄色のBOX）」に格納、運営統括係へ引渡し
 - ・運営統括係が全枚数を再確認の上、「予診票回収確認シート」へ記入・署名の上、クリアファイルと共に「FILE BOX」に格納、健康管理室へ引渡し
 - ・健康管理室にて「FILE BOX」を受領、「予診票回収確認シート」へ署名の上、格納（枚数確認は行わない）

(2) 備品等確認

- ・ ワクチンのロット番号シール
- ・ 「接種記録書」押印用のゴム印
- ・ 「待機終了時刻メモ」
- ・ 茶箱
- ・ クリアファイル
- ・ 「FILE BOX」
- ・ 「予診票回収確認シート」
- ・ 筆記用具（消毒済み）

(3) 会場イメージ



各机を右から左へ移動し確認作業

8. 救護係（1名）

(1) 具体的な動き

- ※ 接種・観察スペースにて体調不良者等が発生した場合、応急処置。救急車を呼ぶ場合、停車場所は Itochu Garden 駐車場入口のスロープ、ストレッチャーの誘導路は1階正面玄関を經由

(2) 備品等確認

- ・ 「接種不可者シート（救護係）」

(3) 会場イメージ



ベッドを用意、看護師が常駐、
AEDを配備

9. 状態観察・待機終了時刻確認係（1名）

(1) 具体的な動き

- ① 接種者に体調不良者等がないかを観察
- ② 接種者の退場意向に応じて、「待機終了時刻メモ」の時刻を過ぎていることを確認、退場を許可
- ③ 「待機終了時刻メモ」の廃棄を案内
 - *1 過ぎていない場合、待機継続を案内
 - *2 出口を案内

(2) 備品等確認

- ・ 特に無し

(3) 会場イメージ



モニターにて時刻を確認、待機終了時刻まで待つ

10. 運営統括係（1名）

(1) 具体的な動き

- ※ 会場全体に目を配り、イレギュラー対応
- ※ 午前・午後毎に、5名の接種者をランダムに選び、上記（1）～（7）の時間を計測、ボトルネックとなっている手順も含め、「ワクチン接種会場運営報告書」へ記入、人事・総務部 総務室へ提出
- ※ 当日キャンセル枠の消化手順につき、本人確認・受付係をサポート
- ※ 午前・午後毎に、回収した「予診票」の全枚数を再確認の上、「予診票回収確認シート」へ記入・署名の上、クリアファイルと共に「FILE BOX」に格納、健康管理室へ引渡し

(2) 備品等確認

- ・ 「ワクチン接種会場運営報告シート」

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)

住民票に記載されている住所	都 道 市 区 村 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

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	
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)	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。 <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)	

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)

医師記入欄	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。
	シール貼付位置	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> ml	実施場所	医療機関等コード
	※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		医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
				202 年 月 日

【記入方法】予診票

※フリクションボールペンは不可

(1) 以下を記入

- ① 住所
- ② 氏名
- ③ 電話番号
- ④ 生年月日
- ⑤ 年齢
- ⑥ 性別

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圈を入れてください。

都道府県 市区町村

フリックボールペンで記入してください

氏名 (フリックボールペンで記入してください)

電話番号 (フリックボールペンで記入してください)

生年月日 (フリックボールペンで記入してください) 年 月 日 日生 (満 歳) 男・女

診察前の体温 度 分

(2) 体温を記入
※入口または当日に
検温したもの

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	
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	

(3) 回答

※ 回答不要

(4) 「接種を希望します」に
チェック、日付、署名を記入

今日の予防接種について質問がありますか。 はい いいえ

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筆

(※自筆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捺印を記載)
(※被接種者が16歳未満の場合は保護者自筆、成年被接種者の場合は本人又は成年後見人自筆)

医師署名又は記名押印

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筆
(※自筆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捺印を記載)
(※被接種者が16歳未満の場合は保護者自筆、成年被接種者の場合は本人又は成年後見人自筆)

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
シール貼付位置		実施場所
※枠に合わせてまっすぐに貼付付けてください (注)有効期限が切れていないか確認	ml	医師名

(5) 所属会社名を記入

会社毎に予診票を管理するため、
欄外の左下に忘れず記入のこと

〇〇〇〇株式会社

新型コロナワクチン接種記録書

Record of Vaccination for COVID-19

1回目	メーカー/Lot No. (シール貼付)
接種年月日	
2021年 月 日	
接種会場	

2回目	メーカー/Lot No. (シール貼付)
接種年月日	
2021年 月 日	
接種会場	

氏名 : _____

住所 : _____

生年月日: _____年 _____月 _____日

新型コロナワクチンの接種を受けた方へ

- 上記の接種記録書は、2回目の接種でもシールを貼付しますので、2回目の接種にもご持参ください。接種記録書は、接種の記録となりますので、大切に保管してください。
- 市町村が発行する接種済証が必要な場合は、住民票がある市町村にお問い合わせください。(発行まで時間を要する場合があります。)
- 後日、市町村から届いた接種券は、接種会場又は接種会場を主催している企業等にお持ちください。
- 2回目の接種時に、「接種記録書」をご持参ください。

新型コロナワクチンに関する相談先

- ワクチン接種後に、健康に異常があるとき
 - ➡ ワクチンの接種を受けた医療機関・かかりつけ医・市町村の相談窓口
- 予防接種による健康被害についての補償(救済)に関する相談
 - ➡ 市町村の予防接種担当部門

新型コロナワクチンの詳しい情報については、厚生労働省ホームページをご覧ください。右のQRコードからアクセスできます。



新型コロナウイルスワクチン接種記録書

Record of Vaccination for COVID-19

1回目	接種時にシールを貼付
接種年月日	
2021年 月 日	
接種会場	接種会場が記入

2回目	メーカー/Lot No. (シール貼付)
接種年月日	
2021年 月 日	
接種会場	

氏名	:	_____
住所	:	_____
生年月日	:	年 月 日

接種を受ける者が記入

【記入方法】 接種記録書

新型コロナワクチン接種記録書 Record of Vaccination for COVID-19

1回目	メーカー/Lot No. (シール貼付)	2回目	メーカー/Lot No. (シール貼付)
接種年月日		接種年月日	
2021年 月 日		2021年 月 日	
接種会場		接種会場	

氏名 : _____
住所 : _____
生年月日: _____年 _____月 _____日

以下を記入
① 氏名
② 住所
③ 生年月日

記入不要（接種会場にてシール貼付け・記入）

新型コロナワクチンの接種を受けた方へ

- 上記の接種記録書は、2回目の接種でもシールを貼付しますので、2回目の接種にもご持参ください。接種記録書は、接種の記録となりますので、大切に保管してください。
- 市町村が発行する接種済証が必要な場合は、住民票がある市町村にお問い合わせください。（発行まで時間を要する場合があります。）
- 後日、市町村から届いた接種券は、接種会場又は接種会場を主催している企業等にお持ちください。
- 2回目の接種時に、「接種記録書」をご持参ください。

新型コロナワクチンに関する相談先

- ワクチン接種後に、健康に異常があるとき
➔ ワクチンの接種を受けた医療機関・かかりつけ医・市町村の相談窓口
- 予防接種による健康被害についての補償（救済）に関する相談
➔ 市町村の予防接種担当部門

新型コロナワクチンの詳しい情報については、
厚生労働省ホームページをご覧ください。
右のQRコードからアクセスできます。



(待機終了時刻メモ) 新型コロナウイルスワクチンの職場接種

<p>待機終了時刻 (会場モニターの表示時刻が 以下時刻を過ぎた後、退場ください)</p>	<p>待機終了時刻 (会場モニターの表示時刻が 以下時刻を過ぎた後、退場ください)</p>	<p>待機終了時刻 (会場モニターの表示時刻が 以下時刻を過ぎた後、退場ください)</p>
<p><input type="checkbox"/> 15分 <input type="checkbox"/> 30分</p>	<p><input type="checkbox"/> 15分 <input type="checkbox"/> 30分</p>	<p><input type="checkbox"/> 15分 <input type="checkbox"/> 30分</p>
<p>● ●</p>	<p>● ●</p>	<p>● ●</p>
<p>待機終了時刻 (会場モニターの表示時刻が 以下時刻を過ぎた後、退場ください)</p>	<p>待機終了時刻 (会場モニターの表示時刻が 以下時刻を過ぎた後、退場ください)</p>	<p>待機終了時刻 (会場モニターの表示時刻が 以下時刻を過ぎた後、退場ください)</p>
<p><input type="checkbox"/> 15分 <input type="checkbox"/> 30分</p>	<p><input type="checkbox"/> 15分 <input type="checkbox"/> 30分</p>	<p><input type="checkbox"/> 15分 <input type="checkbox"/> 30分</p>
<p>● ●</p>	<p>● ●</p>	<p>● ●</p>
<p>待機終了時刻 (会場モニターの表示時刻が 以下時刻を過ぎた後、退場ください)</p>	<p>待機終了時刻 (会場モニターの表示時刻が 以下時刻を過ぎた後、退場ください)</p>	<p>待機終了時刻 (会場モニターの表示時刻が 以下時刻を過ぎた後、退場ください)</p>
<p><input type="checkbox"/> 15分 <input type="checkbox"/> 30分</p>	<p><input type="checkbox"/> 15分 <input type="checkbox"/> 30分</p>	<p><input type="checkbox"/> 15分 <input type="checkbox"/> 30分</p>
<p>● ●</p>	<p>● ●</p>	<p>● ●</p>

再予約案内書（新型コロナウイルスワクチンの職場接種）

体調不良・予約不一致などにより、本日はワクチン接種いただけません。

事務局にてシステム上のキャンセルを行いますので、再度ご予約をお願い致します
（再予約時も、1回目と2回目の接種に4週間の間隔を設ける必要がありますので、
ご留意ください）。

以 上

「記入者」情報					
氏名	会社名	社員番号	連絡先電話番号	捺印欄 (枚数の確認)	記入日 (午前・午後の どちらかに○)
				署名	/ (午前・午後)

「予診票」情報 (枚数)						
伊藤忠商事 or ポピンズ (どちらかに○)	ア行		枚	事業会社等分 (社名で分類)	A社	枚
	カ行		枚		B社	枚
	サ行		枚		C社	枚
	タ行		枚		D社	枚
	ナ行		枚		E社	枚
	ハ行		枚		F社	枚
	マ行		枚		G社	枚
	ヤ行		枚		H社	枚
	ラ行		枚		I社	枚
	ワ行		枚		その他	枚
	計		枚	計	枚	
合計		枚				

確認印欄		
運営統括係 (枚数の再確認)	(氏名)	署名
健康管理室 (受領確認)	(氏名)	署名

