

3回目接種券

460-8508
 中区三の九三丁目1番1号
 コーポ101号
 名古屋 太郎 様

郵便区内特別

0000000026 10106000002#



Vaccination Voucher 接種券
 Cupom de vacinação 쿠πον권

Cupón de vacunación Phiếu tiêm
 Coupon para sa Bakuna खोप को कुपन

●送付内容

- ① 接種券(この用紙)
※予診票と一体型となっています。
- ② 追加接種(3回目接種)のお知らせ
- ③ 個別接種医療機関一覧

●接種当日の持ち物(出かける前に☑しましょう)

- 接種券(この用紙)
 - 本人確認ができるもの } **忘れると接種できません**
<例>運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード等
 ※当日はマスクを着用して肩の出しやすい服装でお越しください。
- <予約日時・場所メモ>
 予約日時: 月 日() 時 分
 医療機関/会場:

この部分が
 予防接種済証です

接種券(この用紙)のお知らせ
 をご覧ください。

集団接種予約サイトには、
 以下の利用者ID・パスワードでログイン
 利用者ID: 0000081002
 パスワード: 19570401

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: 0000081002

3回目	氏名	名古屋 太郎 2
接種年月日	住 所	愛知県名古屋市中区三の九三丁目1番1号 コーポ101号
年 月 日	生 年 月 日	1957年4月1日 生
接種場所		愛知県名古屋市長

新型コロナウイルスワクチン1,2回目接種記録

	1回目	2回目
接種年月日	2021年4月1日	2021年6月2日
メーカー	ファイザー	ファイザー
Lot. No.	EP2163	AB1234

●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。

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	(<input type="checkbox"/> 予診のみ)	3	回目
請求先	愛知県名古屋市中区三の九三丁目1番1号			
券番号	0000081002			
氏名	名古屋 太郎 2			



232310020000081002

住民票に 記載されて いる住所	愛知県名古屋市中区三の九三丁目1番1号			
フリガナ	ナコ	ヤ	タロウ	ニ
氏名	名古屋 太郎 2			
生年月日 (西暦)	1957	年	04	月
	01	日	(満)	()
	()	歳	<input checked="" type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
電話 番号	()			
診察前の体温	()	度	()	分

切り離さずにお持ちください

質問事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナウイルスの接種を受けたことがありますか。 接種日(1回目: 2021年4月1日、2回目: 2021年6月2日) 接種を受けたワクチン(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	
『新型コロナウイルスの説明書』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 ()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
治療内容: <input type="checkbox"/> 血液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。	医師署名又は記名押印
-------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------

医療機関 記入欄	<input type="radio"/> 時間外(受付時間 () : ()) <input type="radio"/> 休日 <input type="radio"/> 小児(6歳未満) <input type="radio"/> 予備① <input type="radio"/> 予備② <small>※該当する項目について、マークの影からはみ出さないように黒く塗りつぶしてください。</small>
-------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

新型コロナウイルス接種希望書
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。 (※接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被介護人の場合は本人又は成年後見人自署)
年 月 日 被接種者又は保護者自署

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・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		実施場所	医療機関等コード
※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		医師名	接種年月日 ※記入例 4月1日→04月01日
			2022 年 () 月 () 日