

接種券		診察した接種できない場合		新型コロナウイルスワクチン 予防接種済証 (臨時) Certificate of Vaccination for COVID-19	
券種	2 ワクチン接種	1 回目	券種	1 予約のみ	1 回目
請求先	北海道遠軽町	015555	請求先	北海道遠軽町	015555
券番号	0000000000		券番号	0000000000	
氏名			氏名		
210155550000000000		110155550000000000		1回目 接種年月日 年 月 日 接種場所	
券種	2 ワクチン接種	2 回目	券種	1 予約のみ	2 回目
請求先	北海道遠軽町	015555	請求先	北海道遠軽町	015555
券番号	0000000000		券番号	0000000000	
氏名			氏名		
220155550000000000		120155550000000000		2回目 接種年月日 年 月 日 接種場所	
<p>接種を受ける方へ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●シールは剥がさずに、台紙ごと接種場所へお持ちください。</li> <li>●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。</li> </ul>					

接種券 (クーポン券) 扱粹

シールは剥がさずに、台紙ごと接種会場へお持ちください。  
2回目の接種でも使用します。  
接種が終わった後も大切に保管してください。

予約の際には、券番号と生年月日 (西暦) をお伝えください。

接種を受ける方へ

- シールは剥がさずに、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。

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	北海道 遠軽市 1条通北3丁目1番地1	
フリガナ	コウセイ タロウ	電話番号 (0158) 42 - 〇〇〇〇
氏名	厚生 太郎	
生年月日 (西暦)	1933年04月01日生 (満088歳)	診察前の体温 36度2分

予診票

接種当日に必ず記入してお越してください

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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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( )		
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ	

事前に主治医にご確認ください

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
-------	--	------------

新型コロナワクチン接種希望書	2021年 5月 26日 被接種者自署 <b>厚生 太郎</b>	署名します
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 checked="" 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。		

医師記入欄	ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所	実施場所	医療機関等コード	接種年月日
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か確認		ml	医師名			2022年 月 日