



接種券一体型予診票+予防接種済証 (A3)

医療機関の皆様へのお願い！！

この予防接種済証は、大切に保管してもらうようお願いをいたします。

新型コロナウイルスワクチンを受けられます。費用負担はありません。接種を受けるときは、この用紙と予防票を忘れずにお持ちください。

あなたの接種券番号(10ケタ)

(予約確認メモ)

接種の手続きをした際に記入ください。

区分	日	時	接種場所
4回目	月	日	()
接種日	時	分	

3回目の接種を終了した日から5か月が経過する日

※予約・接種の前に同封のお知らせをご確認ください。

この書面は、あなたが4回目のワクチン接種を受けた事実を証明する大事な書類ですので、大切に保管してください。

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：

4回目	氏名	
接種年月日	メーカー/Lot No. (シール貼付け)	
年	世帯	
月	生年月日	

3回目接種を受けた日

新型コロナウイルス接種記録

接種回数	接種年月日
1回目	
2回目	
3回目	

※ *が印字された割合の記録については、別途、当該接種の実施者から発行された接種済証、接種記録表、接種証明書等によって証明されます。

※広島市に転入された方で、広島市に住民票がない時期に3回目接種を受けた方の予防接種済証には日付は印字されません。(***が表示されます。)

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

※太神内にご記入またはチェックを入れてください。

接種券番号	2	()	()	4	前診
接種券区分	広島県広島市				341002
氏名	広島	広島	広島	広島	広島
フリガナ					
生年月日(西暦)	年	月	日	日生(満)	歳
性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 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受けたことがありますか。 接種回数()回 前回の接種日()年()月()日	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現時点で住居のある市町村と、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ワクチンの副作用」を鑑みて、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、何らかの病状にかかって、治療(処置など)を受けていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
病名： <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液病 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい病気 <input type="checkbox"/> 免疫不全 <input type="checkbox"/> 癌(腫瘍) <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()		
けいけん(ひきつき)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(可能 - 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記録表の記載方法について、説明した。

医師署名(氏名) 氏名() 印()

新型コロナウイルスワクチン接種済証

医師の診察・問診を受け、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。

このことを証明の上、本予診票が市町村、国民健康保険センター及び国民健康保険センター(国保)に提出されることに同意します。

接種券番号() 年() 月() 日()

ワクチン名・ロット番号	接種日	接種場所	接種券番号
シール貼付け			
接種に当たって的正确に貼り付けてください			
接種日	年	月	日
接種場所			
接種券番号			

3回目の接種を終了した日から5か月が経過する日：