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。

年齢等により接種いただける時期が異なります。
ご自身の接種の時期が来るまで、こちらのクーポン券は大切にお持ちください。

接種券

券　種	2	ワクチン接種	1	回目
請求先	鳥取県鳥取市		312011	
券番号				
氏　名				

券　種	2	ワクチン接種	2	回目
請求先	鳥取県鳥取市		312011	
券番号				
氏　名				

診察したが接種できない場合

券　種	1	予診のみ	1	回目
請求先	鳥取県鳥取市		312011	
券番号				
氏　名				

券　種	1	予診のみ	2	回目
請求先	鳥取県鳥取市		312011	
券番号				
氏　名				

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

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

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

氏　名	
住　所	
生年月日	

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について

接種を受ける前に必ずお読みください。
ワクチンは希望される方に接種します。強制ではありません。
原則、住民票がある市町村の医療機関で接種します。

1 ワクチン接種を受ける前に

（1）かかりつけ医のある方・基礎疾患のある方は、まず、かかりつけ医にご相談ください。

・基礎疾患や飲んでいる薬によってワクチン接種に注意が必要な場合があります。

（2）個別接種か集団接種を選んで予約します（接種を希望される場合は、予約が必要です。）

①個別接種：かかりつけ医などの医療機関での接種を希望する場合
同封の「新型コロナワクチン接種会場のご案内」に記載の個別接種会場で接種が受けられます。
接種を受けたい個別接種会場に直接予約してください。

②集団接種：市町村の特設会場での接種を希望する場合

同封の「新型コロナワクチン接種会場のご案内」に記載の集団接種会場で接種が受けられます。
下記の「鳥取市新型コロナワクチン専用ダイヤル」に電話、または予約サイトで予約してください。

★予約サイト：「鳥取市新型コロナワクチン予約」で検索
または→のQRコードを読み取り

（3）ワクチンは2回接種を受ける必要があります。

・今回接種するファイザー社製のワクチンは、1回目の接種から3週間後に2回目の接種を受ける必要があります。ご予約の際は、ご予定にご注意ください。
また、1回目と同じ会場で2回目の接種を受けるようにしてください。

2 接種当日

（1）当日の服装

肩のあたりに注射しますので、肩を出しやすい服装でお越しください。

（2）接種できない場合があります

体調不良など（37.5℃以上の発熱、重い急性疾患、過去にこのワクチンに含まれる成分に対する過敏症の既往歴 など）のある方は接種できません。

接種前の予診の際に必ず医師へ伝えてください。

（3）当日の持ち物

①接種券
②本人確認書類・・・健康保険証、運転免許証など、本人確認ができるもの
③予診票・・・この紙の裏面「記入例」を参考に黒ボールペンでご記入ください。
④おくすり手帳（お持ちの方のみ）

3 Information in English・中文信息・한국어 안내

Find Information in English here　中文信息请看此处　한국어 안내는 여기
URL：https://icity.elg-front.asp.lgwan.jp/tottoriwww/www/contents/1610951692200/index.html

4 その他

上記のほか、詳細は同封の資料および厚生労働省公式ウェブサイトをご確認ください。

【お問い合わせ・集団接種会場のご予約】
鳥取市新型コロナワクチン接種専用ダイヤル
電話：0857−30−8535　FAX：0857−20−3981

新型コロナワクチン接種の予診票

記入例

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

※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

赤枠で囲んでいる範囲を記入して接種会場にお持ちください。

住民票に記載されている住所	鳥取 都道府県	鳥取 市町村	区 村
	（住民票に記載の住所を記入）		
フリガナ	とっとり たろう	電話番号	（日中連絡の取れる電話番号を記入）
氏名	鳥取 太郎		
生年月日（西暦）	X X X X 年 X X 月 X X 日生（満 X X 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。 ※「いいえ」の場合は、を記入 （接種を受けたことがある場合 1回目: 月 日、2回目: 月 日）	☑ はい		
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。 ※クーポン券＝接種券	☑ はい		
『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	☐ 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。 ☐医療従事者等 ☑65歳以上 ☐60～64歳 ☐高齢者施設等の従事者 ☐基礎疾患を有する（病名:基礎疾患については、別紙「新型コロナワクチン接種のお知らせ」裏面参照）	☑ はい	☐ 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：☐心臓病 ☐腎臓病 ☐肝臓病 ☐血液疾患 ☐血が止まりにくい病気 ☐免疫不全 ☐その他（ ） 治療内容：☐血をサラサラにする薬（ ）☐その他（ ）	☐ はい	☑ いいえ	
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。	☑ はい	☐ 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（ ）	☐ はい	☑ いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状（何か体調に異変を感じている場合は必ず記入してください。）	☑ はい	☐ いいえ	
けいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか。	☐ はい	☑ 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（ ）	☐ はい	☑ 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（ ）	☐ はい	☑ 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。	☐ はい	☑ 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（ ）	☑ はい	☐ いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	☑ はい	☐ いいえ	

あてはまるものにチェック

新型コロナワクチン以外に予防接種を受けられた方は記入してください。

医師記入欄		医師署名又は記名押印
	以上の問診及び診察の結果、今日の接種は（☐可能 ・ ） 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。	

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 ※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	実施場所 医師名 医療機関等コード 接種年月日 ※記入例）4月1日→04月01日 2 0 2 ☐ 年 ☐☐ 月 ☐☐ 日

佐治町にお住まいの７５歳以上の方へ

～新型コロナワクチン接種会場のご案内～

今回、佐治町の７５歳以上の方を対象に先行して接種を実施します。

今回の接種では、集団接種（１カ所）と個別接種（３カ所）での実施となります。

今回の会場以外で接種を受けたい場合は、今回は接種を受けないことも可能です。
その場合は接種できる時期は**未定**です。
決まり次第、いなばぴょんぴょんネット等でお知らせします。

●集団接種会場

★接種できる日時が決まっています

詳細は**裏面**をご確認ください。

★会場

プラザ佐治記念ホール	〒689-1313 鳥取市佐治町加瀬木 2519-3

●個別接種会場

★接種を受けたい医療機関に直接ご連絡のうえご予約ください。
★接種できる期間については各医療機関にお問い合わせください。

①	佐治町国民健康保険診療所 電話：0858-88-0127	〒689-1313 鳥取市佐治町加瀬木 2171-2
②	加藤医院佐治出張診療所 電話：0858-88-0229	〒689-1313 鳥取市佐治町加瀬木 2235
③	井上医院佐治出張診療所 電話：0858-88-0223	〒689-1314 鳥取市佐治町加茂 692-5

★新型コロナワクチンに関するお問い合わせはこちら

鳥取市新型コロナワクチン接種専用ダイヤル	
電話：0857-30-8535	FAX：0857-20-3981

―鳥取市保健所　保健医療課―

佐治町にお住まいの７５歳以上の方へ

～新型コロナワクチン接種会場のご案内～

（裏面）

●集団接種の日程・会場の予約方法など

（１）日程

ワクチン接種は、３週間の間隔をあけて２回行います。

例）A 日程の場合は、１回目を４月２５日(日)に接種し、２回目を５月１６日(日)に接種します。

受付からお帰りまでは１時間から１時間半程度かかります。

A 日程			B 日程		
１回目	令和３年４月２５日（日）	９：30 ～ 12：00	１回目	令和３年５月　１日（土）	14：00 ～ 16：00
２回目	令和３年５月１６日（日）		２回目	令和３年５月２２日（土）	

（２）会場

プラザ佐治記念ホール	〒689-1313 鳥取市佐治町加瀬木 2519-3

（３）送迎バス

集団接種会場へ無料送迎バスを運行します。

運行表、停留所等については、後日お知らせします。

（４）予約の手順

①上の日程表から、「A 日程」か「B 日程」を選びます。

②「鳥取市新型コロナワクチン接種専用ダイヤル」に電話して予約します。

★集団接種のご予約はこちら

鳥取市新型コロナワクチン接種専用ダイヤル	
電話：0857-30-8535	FAX：0857-20-3981

★インターネットでもご予約できます。

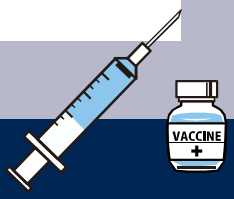
「鳥取市新型コロナワクチン予約」で検索、または QR コードを読み取ってご予約ください。

集団接種予約用 QR コード

―鳥取市保健所　保健医療課―

厚労省リーフレット
鳥取市版

新型コロナワクチン接種のお知らせ



接種費用
無料
（全額公費）

ワクチン接種までの流れ

① 接種可能な時期を確認する

新型コロナワクチンは、医療従事者等、高齢者、基礎疾患のある方等から順次接種を開始する予定です。ご自身の接種の順番をご確認いただき、順番が来るまでお待ちください。

※国からの発表をお待ちください。厚生労働省のホームページやお住まいの市町村の相談窓口でもご確認いただけます。
※高齢者や基礎疾患のある方の範囲は裏面をご覧ください。
※少しお待ちいただく可能性はありますが、接種を希望されるすべての方が接種できるように、ワクチンは順次供給されます。安心してお待ちください。

② 医療機関/集団接種会場を探す

同封の一覧や鳥取市公式ホームページなどで、接種を受けることができる医療機関や集団接種会場を探しましょう。

詳しくは右の 接種総合案内サイト「コロナワクチンナビ」をご確認ください。

「コロナワクチンナビ」サイトアドレス：https://v-sys.mhlw.go.jp

「コロナワクチンナビ」
二次元コード

※入院中・入所中の方等を除き、接種は住民票のある市町村（住所地）で受けます。住所地以外での接種については、裏面をご覧ください。
※医療機関や集団接種会場を探すことができない場合は、裏面のお問合せ先にお尋ねください。
※コロナワクチンナビで直接予約をすることはできません。

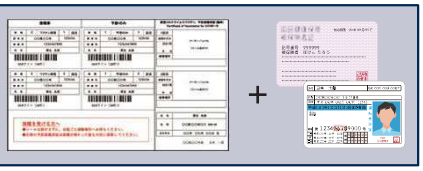
③ 予約して、ワクチン接種を受ける

医療機関または集団接種会場（鳥取市）にお問い合せください。

接種可能な医療機関 医療機関に直接予約

鳥取市の集団接種会場 鳥取市新型コロナワクチン専用ダイヤル **0857-30-8535**

当日の持ち物
- **クーポン券（このお知らせに同封しています）**
- **本人確認書類（運転免許証、健康保険証等）**



※接種前にご自宅で体温を測定し、明らかな発熱がある場合や体調が悪い場合などは、接種を控え、予約した医療機関や市町村にご連絡ください。
※肩を出しやすい服装でお越しください。
※ワクチンの効果を十分得るために、同じ種類のワクチンを一定の間隔を空けて２回受ける必要があります。１回目を受けた際、次回接種がいつから可能なのかご確認ください。
※同封されたクーポン券は、２回分の「接種券」や「予防接種済証」が１枚になっています。毎回、切りはなさず台紙ごとお持ちください。

◎ 高齢者の接種開始

令和３年度中に65歳に達する方（昭和32年４月１日以前に生まれた方）から接種を予定していますが、そのなかでさらに時期を分けることもあります。

◎ 基礎疾患のある方とは

基礎疾患のある方は、高齢者の次に接種が開始される予定です。基礎疾患のある方とは、次のいずれかにあてはまる方です（令和３年３月18日時点）。

1．以下の病気や状態の方で、通院/入院している方

1．慢性の呼吸器の病気
2．慢性の心臓病（高血圧を含む。）
3．慢性の腎臓病
4．慢性の肝臓病（肝硬変等）
5．インスリンや飲み薬で治療中の糖尿病
　又は他の病気を併発している糖尿病
6．血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。）
7．免疫の機能が低下する病気（治療中の悪性腫瘍を含む。）
8．ステロイドなど、免疫の機能を低下させる治療を受けている
9．免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患
10．神経疾患や神経筋疾患が原因で身体の機能が衰えた状態（呼吸障害等）
11．染色体異常
12．重症心身障害（重度の肢体不自由と重度の知的障害とが重複した状態）
13．睡眠時無呼吸症候群
14．重い精神疾患（精神疾患の治療のため入院している、精神障害者保健福祉手帳を所持している、又は自立支援医療（精神通院医療）で「重度かつ継続」に該当する場合）や知的障害（療育手帳を所持している場合）

2．基準（BMI ３０以上）を満たす肥満の方

※BMI = 体重（kg）÷ 身長（m）÷ 身長（m）
※BMI ３０の目安：身長１７０ｃｍで体重８７ｋｇ、身長１６０ｃｍで体重７７ｋｇ

なお、同じ時期に、高齢者施設等の従事者への接種も開始される予定です。

◎ 住民票がある場所（住所地）以外での接種について

・入院・入所中の医療機関や施設で接種を受ける方 ➡ 医療機関や施設にご相談ください
・基礎疾患で治療中の医療機関で接種を受ける方 ➡ 医療機関でご相談ください
・お住まいが住所地と異なる方 ➡ お住まいの地域で接種を受けられる場合があります
　コロナワクチンナビでご確認いただくか、実際にお住まいの市町村の相談窓口にお問い合わせください。

◎ ワクチン接種を受けるにはご本人の同意が必要です

現在、何かの病気で治療中の方や、体調など接種に不安がある方は、かかりつけ医等とご相談の上、接種を受けるかどうかお考えください。

新型コロナワクチンの有効性・安全性などの詳しい情報については、首相官邸ワクチン特設ページをご覧ください。

官邸　コロナ　ワクチン　検索

ホームページをご覧になれない場合は、お住まいの市町村等にご相談ください。

お問い合わせ先

鳥取市新型コロナワクチン接種専用ダイヤル

電話：0857－30－8535　　FAX：0857－20－3981

英語、中国語、韓国語にも対応しています。

ファイザー社製

新型コロナワクチン予防接種についての説明書

新型コロナウイルスワクチン接種について

本ワクチンの接種は国と地方自治体による新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）ワクチン接種事業の一環として行われます。本ワクチンの接種は公費対象となり、希望者は無料で接種可能です。なお、本ワクチンは 16 歳以上の方が対象です。

ワクチンの効果と投与方法

今回接種するワクチンはファイザー社製のワクチンです。新型コロナウイルス感染症の発症を予防します。

ワクチンを受けた人が受けていない人よりも、新型コロナウイルス感染症を発症した人が少ないということが分かっています。（発症予防効果は約 95%と報告されています。）

販売名	コミナティ® 筋注
効能・効果	SARS-CoV-2 による感染症の予防
接種回数・間隔	２回（通常、３週間の間隔）　※筋肉内に接種
接種対象	16 歳以上（16 歳未満の人に対する有効性・安全性はまだ明らかになっていません。）
接種量	１回 0.3 mL を合計２回

- １回目の接種後、通常、３週間の間隔で２回目の接種を受けてください。（接種後３週間を超えた場合は、できるだけ速やかに２回目の接種を受けてください。）
- １回目に本ワクチンを接種した場合は、２回目も必ず同じワクチン接種を受けてください。
- 本ワクチンの接種で十分な免疫ができるのは、２回目の接種を受けてから７日程度経って以降とされています。現時点では感染予防効果は明らかになっていません。ワクチン接種にかかわらず、適切な感染防止策を行う必要があります。

予防接種を受けることができない人

下記にあてはまる方は本ワクチンを接種できません。該当すると思われる場合、必ず接種前の診察時に医師へ伝えてください。

- 明らかに発熱している人（※1）
- 重い急性疾患にかかっている人
- 本ワクチンの成分に対し重度の過敏症（※2）の既往歴のある人
- 上記以外で、予防接種を受けることが不適当な状態にある人

（※1）明らかな発熱とは通常 37.5°C以上を指します。ただし、37.5°Cを下回る場合も平時の体温を鑑みて発熱と判断される場合はこの限りではありません。

（※2）アナフィラキシーや、全身性の皮膚・粘膜症状、喘鳴、呼吸困難、頻脈、血圧低下等、アナフィラキシーを疑わせる複数の症状。

予防接種を受けるに当たり注意が必要な人

下記にあてはまる方は本ワクチンの接種について、注意が必要です。該当すると思われる場合は、必ず接種前の診察時に医師へ伝えてください。

- 抗凝固療法を受けている人、血小板減少症または凝固障害のある人
- 過去に免疫不全の診断を受けた人、近親者に先天性免疫不全症の方がいる人
- 心臓、腎臓、肝臓、血液疾患や発育障害などの基礎疾患のある人
- 過去に予防接種を受けて、接種後２日以内に発熱や全身性の発疹などのアレルギーが疑われる症状がでた人
- 過去にけいれんを起こしたことがある人
- 本ワクチンの成分に対して、アレルギーが起こるおそれがある人

（うらへ続く）

妊娠中、又は妊娠している可能性がある人、授乳されている人は、接種前の診察時に必ず医師へ伝えてください。

本剤には、これまでのワクチンでは使用されたことのない添加剤が含まれています。過去に、薬剤で過敏症やアレルギーを起こしたことのある人は、接種前の診察時に必ず医師へ伝えてください。

接種を受けた後の注意点

- 本ワクチンの接種を受けた後、15 分以上（過去にアナフィラキシーを含む重いアレルギー症状を起こしたことがある方や、気分が悪くなったり、失神等を起こしたりしたことがある方は 30 分以上）、接種を受けた施設でお待ちいただき、体調に異常を感じた場合には、速やかに医師へ連絡してください。(急に起こる副反応に対応できます。)
- 注射した部分は清潔に保つようにし、接種当日の入浴は問題ありませんが、注射した部分はこすらないようにしてください。
- 当日の激しい運動は控えてください。

副反応について

主な副反応は、注射した部分の痛み、頭痛、関節や筋肉の痛み、疲労、寒気、発熱等があります。また、まれに起こる重大な副反応として、ショックやアナフィラキシーがあります。なお、本ワクチンは、新しい種類のワクチンのため、これまでに明らかになっていない症状が出る可能性があります。接種後に気になる症状を認めた場合は、接種医あるいはかかりつけ医に相談しましょう。

予防接種健康被害救済制度について

予防接種では健康被害（病気になったり障害が残ったりすること）が起こることがあります。極めてまれではあるものの、なくすことができないことから、救済制度が設けられています。

新型コロナワクチンの予防接種によって健康被害が生じた場合にも、予防接種法に基づく救済（医療費・障害年金等の給付）が受けられます。申請に必要となる手続きなどについては、住民票がある市町村にご相談ください。

新型コロナウイルス感染症について

SARS-CoV-2 による感染症が発症すると、熱や咳など風邪によく似た症状がみられます。軽症のまま治癒する人も多い一方、重症化すると、呼吸困難などの肺炎の症状が悪化し、死に至る場合もあります。

今回接種する新型コロナウイルスワクチン（ファイザー社製のワクチン）の特徴

本剤はメッセンジャーRNA（mRNA）ワクチンであり、SARS-CoV-2 のスパイクタンパク質（ウイルスがヒトの細胞へ侵入するために必要なタンパク質）の設計図となる mRNA を脂質の膜に包んだ製剤です。本剤接種により mRNA がヒトの細胞内に取り込まれると、この mRNA を基に細胞内でウイルスのスパイクタンパク質が産生され、スパイクタンパク質に対する中和抗体産生及び細胞性免疫応答が誘導されることで、SARS-CoV-2 による感染症の予防ができると考えられています。

本剤には、下記の成分が含まれています。

有効成分	✧ トジナメラン（ヒトの細胞膜に結合する働きを持つスパイクタンパク質の全長体をコードする mRNA）
添加物	✧ ＡＬＣ－０３１５：［（4-ヒドロキシブチル）アザンジイル］ビス（ヘキサン-6,1-ジイル）ビス（2-ヘキシルデカン酸エステル） ✧ ＡＬＣ－０１５９：2-［（ポリエチレングリコール）-2000］-N,N-ジテトラデシルアセトアミド ✧ ＤＳＰＣ：1,2-ジステアロイル-sn-グリセロ-3-ホスホコリン ✧ コレステロール ✧ 塩化カリウム ✧ リン酸二水素カリウム ✧ 塩化ナトリウム ✧ リン酸水素ナトリウム二水和物 ✧ 精製白糖

新型コロナワクチンの詳しい情報については、厚生労働省のホームページをご覧ください。　厚労　コロナ　ワクチン　検索

ホームページをご覧になれない場合は、お住まいの市町村等にご相談ください。

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。

※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	都道府県　市区町村		
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）	□はい	□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。	□はい	□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。	□はい	□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。 □医療従事者等　□65歳以上　□60～64歳　□高齢者施設等の従事者 □基礎疾患を有する（病名:　）	□はい	□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：□心臓病　□腎臓病　□肝臓病　□血液疾患　□血が止まりにくい病気　□免疫不全 □その他（　） 治療内容：□血をサラサラにする薬（　）□その他（　）	□はい	□いいえ	
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。	□はい	□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（　）	□はい	□いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。　症状（　）	□はい	□いいえ	
けいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか。	□はい	□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（　）	□はい	□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（　）	□はい	□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。	□はい	□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（　）	□はい	□いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	□はい	□いいえ	

医師記入欄		医師署名又は記名押印
	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健康被害救済制度について、説明した。	

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 ※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	実施場所 医師名 医療機関等コード 接種年月日　※記入例）4月1日→04月01日 2□2□年□□月□□日

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。

※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	都道府県　市区町村		
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）	□はい	□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。	□はい	□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。	□はい	□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。 □医療従事者等　□65歳以上　□60～64歳　□高齢者施設等の従事者 □基礎疾患を有する（病名:　）	□はい	□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：□心臓病　□腎臓病　□肝臓病　□血液疾患　□血が止まりにくい病気　□免疫不全 □その他（　） 治療内容：□血をサラサラにする薬（　）□その他（　）	□はい	□いいえ	
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。	□はい	□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（　）	□はい	□いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。　症状（　）	□はい	□いいえ	
けいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか。	□はい	□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（　）	□はい	□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（　）	□はい	□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。	□はい	□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（　）	□はい	□いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	□はい	□いいえ	

医師記入欄		医師署名又は記名押印
	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健康被害救済制度について、説明した。	

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 ※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	実施場所 医師名 医療機関等コード 接種年月日　※記入例）4月1日→04月01日 2□2□年□□月□□日