

しんがたころな わくちんせつしゅ ちゅうしゃ と き も  
**新型コロナの ワクチン接種（注射）の時に 持っていく**  
 よしんひょう ちゅうしゃ だいじょうぶ かくにん かみ  
**予診票（注射をしても 大丈夫かを 確認する紙）の**  
**か**  
**書きかた**

わくちんせつしゅ ちゅうしゃ と き も  
**ワクチン接種（注射）の時に 持っていくもの**

わくちんせつしゅけん ちゅうしゃ けん  
**1 ワクチン接種券（注射の券）**

し まち とど ふとう はい  
**市や 町から 届いた封筒に 入って**  
**います。**



よしんひょう ちゅうしゃ だいじょうぶ  
**2 予診票（注射をしても 大丈夫かを**  
 かくにん かみ  
**確認する紙）**

し まち とど ふとう はい  
**市や 町から 届いた封筒に 入って**  
**います。**



かみ か せつめい  
**※この紙の 書きかたの 説明をします。**

ほんにん かくにん  
**3 本人を 確認するもの**

りょういくてちょう な けんこう ほけんしょう  
**療育手帳（無いときは 健康保険証）**



くすりてちょう  
**4 お薬手帳**

も も  
**持っているときは 持って行ってください**



ちゅうしゃ かた  
**★ 注射は 肩にします。**

ちゅうしゃ ひ かた だ  
**注射をする日は 肩を 出すことが**  
 できる服で 行ってください。



よしんひょう ちゅうしゃ だいじょうぶ かくにん かみ か  
 予診票 (注射をしても 大丈夫かを 確認する紙) の 書きかた

こた  
 ・ 答えることが できるところは 書いてください。



か  
 ・ 書いたものを 消すことができる ボールペンは

つか  
 使わないでください。



### 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。

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
		( )	( )
生年月日 (西暦)		年	月
日生 (満)		日	歳
		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
診察前の体温		度	分

※左側に合わせ、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)

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	
「新型コロナウイルスワクチンの説明書」を読んで、効果や副作用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( )	<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( )		
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 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 ) 本人に対して、接種の効果、副作用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
---	------------

#### 新型コロナウイルスワクチン接種希望書

医師の診察・説明を受け、接種の効果や副作用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捺印を記載)  
(※被接種者が成年被保護者の場合は本人又は成年被保護者自署)

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
シール貼付位置	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	日

① 市や町からの封筒が届いた住所を書きます。

◆ 注射の券は係りの人が貼ります。  
◆ 何もしないでください。

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

※太枠内に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	① 道 県	市 区 町 村
フリガナ	氏 名	②
フリガナ	氏 名	③
生年月日	年 月 日	性別 (満 歳)

※左側に合わせ、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)

② 名前を書きます。

③ 電話番号を書きます。

⑤ 何歳かを書きます。  
□の中に数字を一つ一つ書きます。

⑥ 男の人か女の人かを選びます。

フリガナ	氏 名	電話 番号	診察前の体温
生年月日 (西暦)	④ 年 月 日	⑤ 歳	⑥ 男 女

※左側に合わせ、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)

◆ 体温は係りの人が注射の前に測ります。  
◆ 何も書かないでください。


④ 誕生日 (年・月・日) を書きます。  
□の中に数字を一つ一つ書きます。

いつもん こ  
質問は 14個あります。


「□ はい」か 「□ いいえ」の □ のところに  を 書いてください。

	質問事項	回答欄	医師記入欄
あ	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	

あ の質問 : 新型コロナの ワクチン接種 (注射) を しましたか?

 新型コロナの 1回目の ワクチン接種 (注射) を している時


- ・「□ はい」の □ のところに  を 書いてください。
- ・「1回目 月 日」のところに 注射をした日を 書いてください。

 新型コロナの ワクチン接種 (注射) が 初めての時

- ・「□ いいえ」の □ のところに  を 書いてください。

い	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	

い の質問 : 封筒に 書いてある 住所の 市や 町の名前と  
ワクチン接種券 (注射の券) に 書いてある  
市や 町の名前は 同じですか?

 市や 町の名前が 同じ時

- ・「□ はい」の □ のところに  を 書いてください。

**15** しや まち なまえ ちが とき  
市や町の名前が 違う時

・「 いいえ」の  のところに  を書いてください。

う	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"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

□医療従事者等 □65歳以上 □60～64歳 □高齢者施設等の従事者

**う**の質問： 新型コロナの ワクチン接種（注射）で 注意が  
必要なことや 気をつけることが わかりましたか？

**15** ちゆうい ひつよう き  
注意が 必要なことや 気をつけることが わかった時

・「 はい」の  のところに  を書いてください。

**15** ちゆうい ひつよう き  
注意が 必要なことや 気をつけることが わからない時

・「 いいえ」の  のところに  を書いてください。

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"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	<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(持薬など)を受けていますか。

**え**の質問： 新型コロナの ワクチン接種（注射）をする 順番が  
早くできるグループに 入っていますか？

※「ワクチン接種（注射）をする 順番が 早くできるグループ」

・「医療従事者等」 ⇒ 病院で 働いている人


・「65歳以上」 ⇒ 65歳を こえている人

・「60～64歳」 ⇒ 60歳から 64歳まで の人

「高齢者施設等の従事者」 ⇒ おじいさんや おばあさんが 通う  
施設等で 働いている人

「基礎疾患を有する」 ⇒ 昔から 病気をしている人

療育手帳や 他の 障害者手帳を 持っている人は  
「基礎疾患を有する」グループに なります。

 順番が 早くできるグループに 入っている時

「□ はい」の □ のところに  を 書いてください。

質問の下にある あてはまる場所の □ に  を 書いてください。

 順番が 早くできるグループに 入っていない時

「□ いいえ」の □ のところに  を 書いてください。

お	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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

おの質問： 今、 病院に行って 病気を 治していますか？  
薬を もらっていますか？

※次のような 病気や 薬になります。

「心臓病」 ⇒ 体の中にある 心臓に 病気がある人

「腎臓病」 ⇒ 体の中にある 腎臓に 病気がある人

「肝臓病」 ⇒ 体の中にある 肝臓に 病気がある人

けつえきしっかん からだ なか なが ち びょうき ひと  
・「血液疾患」 ⇒ 体の中を 流れている 血に 病気がある人

ち と びょうき  
・「血が止まりにくい 病気」

ち さらさら くすり  
・「血をサラサラにする 薬」

くすりてちょう も ひと わくちんせっしゅ ちゅうしゃ  
★お薬手帳を 持っている人は、ワクチン接種（注射）を  
う 受けるときに も 持って行ってください。



びょういん い びょうき なお ひと  
👉 病院に行って 病気を 治している人

・「□ はい」の □ のところに  を 書いてください。

しつもん した しかく か  
・質問の下にある あてはまるところの □ に  を 書いてください。

びょうき ひと  
👉 病気に なっていない人

・「□ いいえ」の □ のところに  を 書いてください。

	<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( )			
か	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 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	

しつもん びょういん い ひと き  
👉 かの質問 : 病院に 行っている人に 聞きます。

びょういん せんせい わくちんせっしゅ ちゅうしゃ  
病院的先生は ワクチン接種（注射）をしてもいいと  
い 言っていましたか？

わくちんせっしゅ ちゅうしゃ い ひと  
👉 ワクチン接種（注射）をしてもいいと 言われている人


・「□ はい」の □ のところに  を 書いてください。

わくちんせっしゅ ちゅうしゃ い ひと  
👉 ワクチン接種（注射）をしてもいいと 言われていない人

・「□ いいえ」の □ のところに  を 書いてください。


き	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と言われましたか。	<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

きの質問 : 1か月の間に 病気をしましたか？  
 病気の名前を 教えてください。

 1か月の間に 病気を していた人

・「 はい」の  のところに  を 書いてください。


・質問の横にある 「病名 ( )」のところに 病気の名前を 書いてください。

 1か月の間に 病気を していなかった人

・「 いいえ」 の  のところに  を 書いてください。

く	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

くの質問 : 今日、体の 具合が悪いところは ありますか？

 体の 具合が悪いところがある人

・「 はい」の  のところに  を 書いてください。

・質問の横にある 「症状 ( )」のところに 体の 具合が 悪いところを 書いてください。



**15** からだ ぐあい わる ひと  
**体の具合が悪いところがない人**

・「 いいえ」の  のところに  を書いてください。

け	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。	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ

**け**の質問： しつもん いま て あし ふる  
 今までに、けいれん(手や足が震えること)や  
 てんかんに なったことは ありますか？

**15** けいれん て あし ふる  
**けいれん(手や足が震えること)や てんかんに なったことが  
 ある人**

・「 はい」の  のところに  を書いてください。

**15** けいれん て あし ふる  
**けいれん(手や足が震えること)や てんかんに なったことが  
 ない人**

・「 いいえ」の  のところに  を書いてください。

こ	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。	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	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。	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ

**こ**の質問： しつもん いま くすり た もの きぶん わる  
 今までに、薬や食べ物で気分が悪くなったことや、  
 からだ 体が かゆくなったことは ありますか？

**15** きぶん わる からだ  
**気分が悪くなったことや 体が かゆくなったことが ある人**

・「 はい」の  のところに  を書いてください。


- ・質問の下にある 「( )」 のところに <sup>きぶん</sup> <sup>わる</sup> <sup>とき</sup> 気分が悪くなった時に <sup>の</sup> <sup>くすり</sup> <sup>た</sup> <sup>もの</sup> <sup>なまえ</sup> <sup>か</sup> 飲んでいた薬や食べ物の名前を書いてください。

 気分が悪くなったことや <sup>からだ</sup> 体が <sup>か</sup> かゆくなったことが <sup>ひと</sup> ない人

- ・「 いいえ」 の <sup>しかく</sup>  のところに  を <sup>か</sup> 書いてください。

さ	薬・食品など原因になったもの( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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

**さ**の質問 : <sup>しつもん</sup> <sup>いま</sup> 今までに、<sup>よぼうせつしゅ</sup> <sup>ちゅうしゃ</sup> 予防接種(注射)をして <sup>きぶん</sup> 気分が <sup>わる</sup> 悪くなったことが <sup>あ</sup> ありますか？  
ある時は、<sup>とき</sup> <sup>なに</sup> <sup>ちゅうしゃ</sup> 何の注射をしたときでしたか？

 <sup>よぼうせつしゅ</sup> <sup>ちゅうしゃ</sup> 予防接種(注射)をして <sup>きぶん</sup> <sup>わる</sup> 気分が悪くなったことが <sup>ひと</sup> ある人

- ・「 はい」の <sup>しかく</sup>  のところに  を <sup>か</sup> 書いてください。

- ・質問の下にある 「種類( )」 のところに <sup>きぶん</sup> <sup>わる</sup> 気分が悪くなった <sup>とき</sup> 時に <sup>ちゅうしゃ</sup> どのような注射をしたのかを <sup>か</sup> 書いてください。

- ・質問の下にある 「症状( )」 のところに <sup>からだ</sup> 体が <sup>か</sup> どのように <sup>な</sup> なったのかを <sup>か</sup> 書いてください。

 <sup>よぼうせつしゅ</sup> <sup>ちゅうしゃ</sup> 予防接種(注射)をしても <sup>なに</sup> <sup>お</sup> 何も <sup>ひと</sup> 起こらなかった人

- ・「 いいえ」 の <sup>しかく</sup>  のところに  を <sup>か</sup> 書いてください。

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( ) 受けの日( )	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

<sup>しつもん</sup> <sup>いま</sup> <sup>なか</sup> <sup>あか</sup>  
**し**の質問 : 今、おなかの中に赤ちゃんがいますか？  
<sup>いま</sup> <sup>なか</sup> <sup>あか</sup> <sup>せいり</sup>  
 今、おなかの中に赤ちゃんがいなくても、生理が  
<sup>おそ</sup>  
 遅いことはありますか？  
<sup>う</sup> <sup>あか</sup> <sup>ひと</sup> <sup>ほにゆう</sup>  
 産まれた赤ちゃんがいる人は、母乳をあげていますか？

**👉** おなかの中に赤ちゃんがいる人

<sup>なか</sup> <sup>あか</sup> <sup>せいり</sup> <sup>おそ</sup> <sup>ひと</sup>  
おなかの中に赤ちゃんがいなくても、生理が遅い人  
<sup>う</sup> <sup>あか</sup> <sup>ほにゆう</sup> <sup>ひと</sup>  
産まれた赤ちゃんがいて、母乳をあげている人

・「 はい」の <sup>しかく</sup>  のところに  を <sup>か</sup> 書いてください。

**👉** 上の3つにあてはまらない人


・「 いいえ」の <sup>しかく</sup>  のところに  を <sup>か</sup> 書いてください。

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( ) 受けの日( )	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
今日の予防接種についての質問がありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ


<sup>しつもん</sup> <sup>きょう</sup> <sup>しゅうかん</sup> <sup>ほか</sup> <sup>よぼうせっしゅ</sup> <sup>ちゅうしゃ</sup>  
**す**の質問 : 今日までの2週間に他の予防接種(注射)を  
 していますか？

<sup>ほか</sup> <sup>よぼうせっしゅ</sup> <sup>ちゅうしゃ</sup>  
 他の予防接種(注射)をしているときはどのような  
<sup>ちゅうしゃ</sup> <sup>おし</sup>  
 注射をしたか教えてください。

<sup>ほか</sup> <sup>よぼうせっしゅ</sup> <sup>ちゅうしゃ</sup> <sup>ひ</sup> <sup>おし</sup>  
 他の予防接種(注射)をした日も教えてください。

 ほか よ ぼうせっしゅ ちゅうしゃ ひと  
他の 予防接種（注射）を した人

- ・「 はい」の  のところに  を 書いてください。
- ・質問の横にある 「種類（  ）」のところに、 どのような 予防接種（注射）を したのかを 書いてください。
- ・質問の横にある 「受けた日（  ）」のところに、 予防接種（注射）を した日を 書いてください。

 ほか よ ぼうせっしゅ ちゅうしゃ ひと  
他の 予防接種（注射）を していない人

- ・「 いいえ」 の  のところに  を 書いてください。




せ  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

せの質問： 今日にする 新型コロナの ワクチン接種（注射）で 聞きたいことは ありますか？

 しんがたころな わくちんせっしゅ ちゅうしゃ き  
新型コロナの ワクチン接種（注射）で 聞いておきたいことが  
ある人

- ・「 はい」の  のところに  を 書いてください。

 しんがたころな わくちんせっしゅ ちゅうしゃ き  
新型コロナの ワクチン接種（注射）で 聞いておきたいことが  
ない人

- ・「 いいえ」 の  のところに  を 書いてください。

新型コロナウイルスワクチン接種希望書

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

◆ 注射をする時に お医者さんが 予診票 ( 注射をしても大丈夫かを 確認する紙 ) を 見て 書きます。  
◆ 何も 書かないで ください。

⑦ 注射をしたいか 注射をしたくないか を書きます。  
「 接種を希望します」 → 注射を したい時  
「 接種を希望しません」 → 注射を したくない時  
 のところに  を 書いてください。

新型コロナウイルス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。 **⑦**  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。

**⑧** 年 月 日 接種者自署 **⑨**

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。

医師記入欄

シール貼付位置  
※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

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  
202 年 月 日

⑧ 注射をする日 ( 年・月・日 ) を 書きます。

⑨ あなた ( 注射を 受ける人 ) の 名前を 書きます。  
→ 成年後見人 ( 大事なことを 決めることを 手伝う人 ) が いる時は、 成年後見人さんの 名前でも 大丈夫です。  
→ 名前を 書くことが できない人は、 別の人に 書いてもらう ことができます。

ワクチン接種（注射）のことでわからないことがある時

ワクチン接種（注射）の事でわからないことがある時は、  
市や町に電話をしてください。（電話のお金がかかります）



富山県新型コロナウイルスワクチン専門相談窓口

（コールセンター）

【聞きたいことがある時に電話をするところ】

電話番号：076-411-5132

午前9時から午後5時まで（土日・祝日を除く）

【この案内を配ったところ】

一般社団法人 富山県手をつなぐ育成会

ホームページ <http://toyamaikusei.jp/>

電話 076-441-7161

メールアドレス [toikusei@minos.ocn.ne.jp](mailto:toikusei@minos.ocn.ne.jp)



【この案内を作ったところ】

社会福祉法人 大阪市手をつなぐ育成会

ホームページ <http://city-osaka-ikuseikai.or.jp/>

※2021年6月25日に作りました。

