新型コロナウイルス ワクチン情報

追加接種（３回目）を２月から開始します

市ホームページ ワクチン情報←

対象者　次の全てに該当する人

▶接種を希望する 18 歳以上の市民

▶２回目の接種を完了した日から原則８カ月以上経過している人

※感染状況や国の動向により、予定が変更となる可能性があります。変更があった場合は、市ホームページや広報でお知らせします

対象者には順次必要書類を送付します

対象者には、１月下旬ころから順次接種券付き予診票などの必要書類を送付します。接種は個別接種（各医療機関で接種）で行いますので、事前に予約が必要です。書類が届いた日から予約ができます。届いた書類の内容を確認のうえ、予約ください。

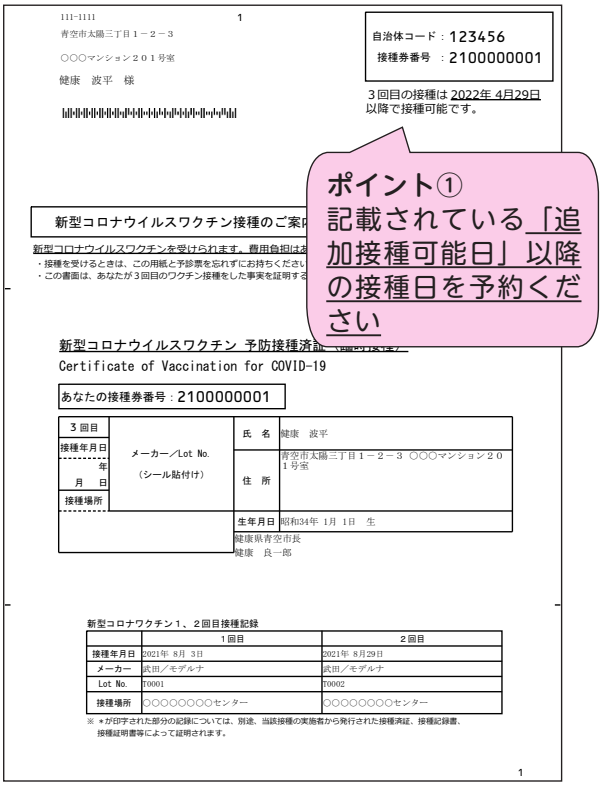
●書類送付時期

２回目接種月	令和３年６月	令和３年７月	令和３年８月	令和３年９月	令和３年 10 月	令和３年 11 月
３回目接種が可能となる月	令和4年2月以降	令和4年3月以降	令和4年4月以降	令和4年5月以降	令和4年6月以降	令和4年7月以降
書類送付時期（予定※）	令和４年１月下旬以降	令和４年２月下旬以降	令和４年３月下旬以降	令和４年４月下旬以降	令和４年５月下旬以降	令和４年６月下旬以降

※対象人数やワクチン供給量などを踏まえ、書類送付時期の調整を行います

●市から送付する書類

①宛名文書、接種済証


111-1111
青空市太陽三丁目１－２－３
○○○マンション２０１号室
健康　波平　様

自治体コード：123456
接種券番号　：2100000001

３回目の接種は 2022年 4月29日 以降で接種可能です。

新型コロナウイルスワクチン接種のご案内

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

・接種を受けるときは、この用紙と予診票を忘れずにお持ちください。
・この書面は、あなたが３回目のワクチン接種をした事実を証明する

新型コロナウイルスワクチン 予防接種済証
Certificate of Vaccination for COVID-19

あなたの接種券番号：2100000001

３回目	メーカー／Lot No.（シール貼付け）	氏　名	健康　波平
接種年月日 年 月 日		住　所	青空市太陽三丁目１－２－３ ○○○マンション２０１号室
接種場所		生年月日	昭和34年 1月 1日　生

健康県青空市長
健康　良一郎

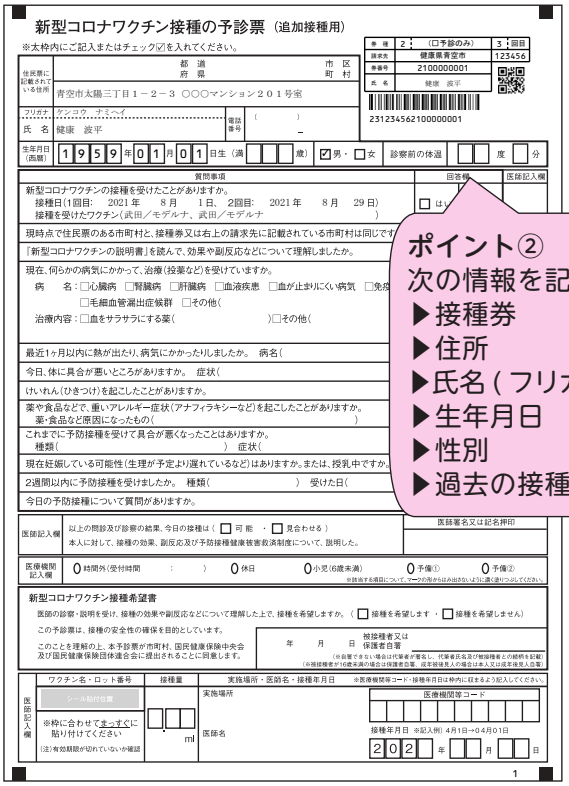
新型コロナワクチン１、２回目接種記録

	１回目	２回目
接種年月日	2021年 8月 3日	2021年 8月29日
メーカー	武田／モデルナ	武田／モデルナ
Lot No.	T0001	T0002
接種場所	○○○○○○○○センター	○○○○○○○○センター

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

ポイント①
記載されている「追加接種可能日」以降の接種日を予約ください

②接種券付き予診票


新型コロナ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（口予診のみ） 3回目
請求先	健康県青空市 123456
券番号	2100000001
氏名	健康　波平

2312345621000000001

住民票に記載されている住所：都道府県　市区町村　青空市太陽三丁目１－２－３ ○○○マンション２０１号室
フリガナ：ケンコウ　ナミヘイ
氏名：健康　波平
電話番号：（　）－
生年月日（西暦）：1959年01月01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受けたことがありますか。 接種日(1回目: 2021年 8月 1日、2回目: 2021年 8月 29日) 接種を受けたワクチン(武田／モデルナ、武田／モデルナ)	□はい	
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		
「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。		
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 □毛細血管漏出症候群 □その他(治療内容：□血をサラサラにする薬( )□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(		
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状(		
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。		
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( )		
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(		
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		
2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類( ) 受けた日(		
今日の予防接種について質問がありますか。		

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

医療機関記入欄：○時間外(受付時間　：　)　○休日　○小児(6歳未満)　○予備①　○予備②
※該当する項目について、マークの間からはみ出さないように濃く塗りつぶしてください。

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　被接種者又は保護者自署
（※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16歳未満の場合は保護者自署、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（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　接種量　ml　実施場所・医師名・接種年月日　実施場所　医師名　※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。　医療機関等コード　接種年月日 ※記入例）4月1日→04月01日　2021年　月　日

ポイント②
次の情報を記載しています
▶接種券
▶住所
▶氏名（フリガナ）
▶生年月日
▶性別
▶過去の接種状況

その他同封書類　③追加接種の案内④インターネット予約の説明書⑤ワクチンの説明書⑥タクシーなどの利用案内※詳細は市ホームページや広報（1 月 15 日号）でお知らせします

問い合わせ先　新型コロナワクチン接種対策室（☎ 22-5123）