接種券、予診票、接種済証の種類

接種券、予診票、接種済証はすべて住民票のある市区町村から届く封筒に同封されています。
主に下の２つのパターンで同封されていますが、予診票は市区町村のホームページから印刷するよう指示がある場合もありますので、事前に確認のうえ、
接種当日はすべて忘れずに持参してください。

パターン１　接種券分離型予診票の場合

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。

※左端に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください

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　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受けたことがありますか。接種日（1回目：　年　月　日、2回目：　年　月　日）接種を受けたワクチン（　）	□はい □いいえ	
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	
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 □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（　）	□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　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）　○予診①　○予診②

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。（□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　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、代筆者氏名及び代筆理由を記載）

（※接種者本人が成年後見人の場合は成年後見人の署名をお願いします。成年後見人の場合は本人又は成年後見人の署名）

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
※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　接種年月日　※記入例：4月1日→0401日	2021年　月　日

接種券 兼 接種済証

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	年　月　日	年　月　日
メーカー		
Lot No.		
接種場所		

※　＊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。

パターン２　接種券一体型予診票の場合

予診票（接種券一体型）

接種券が印字されています。

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。

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受けたことがありますか。接種日（1回目：　年　月　日、2回目：　年　月　日）接種を受けたワクチン（　）	□はい □いいえ	
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	
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 □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（　）	□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　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）　○予診①　○予診②

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。（□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　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、代筆者氏名及び代筆理由を記載）

（※接種者本人が成年後見人の場合は成年後見人の署名をお願いします。成年後見人の場合は本人又は成年後見人の署名）

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
※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　接種年月日　※記入例：4月1日→0401日	2021年　月　日

接種済証

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：

3回目	メーカー／Lot No.（シール貼付け）	氏　名	厚生 太郎
接種年月日 年 月 日		住　所	○○県○○市○○ 999-99
接種場所		生年月日	○○年 ○○月 ○○日 生

○○県○○市長

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	年　月　日	年　月　日
メーカー		
Lot No.		
接種場所		

※　＊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。