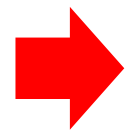


# こちらが接種券です！



自治体コード：382060  
 接種券番号：0000000000

3回目の接種は、2回目接種から7ヵ月経過後に接種可能です。

793-0041  
 西条市西条市神拝甲324番地2  
 西条市総合福祉センター2階  
 西条 太郎 様

9-k #000001

## 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。費用負担はありません。  
 ・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大事な書面ですので、大切に保管してください。

西条市 新型コロナ  
 ワクチン接種対策室  
 〒793-0011  
 愛媛県西条市  
 神拝甲324番地2  
 西条市総合福祉センター2階

### 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：0000000000

3回目	メーカー/Lot No. (シール貼付け)	氏名	西条 太郎	
接種年月日		住所 西条市西条市神拝甲324番地2 西条市総合福祉センター2階	生年月日	1946年 1月 7日 生
年				愛媛県西条市長
月				玉井 敏久
接種場所				

この部分が証明書になりますので、接種後も大切に保管してください。

### 新型コロナウイルスワクチン 1、2回目接種記録

	1回目	2回目
接種年月日	2021年 9月 3日	2021年 9月 24日
メーカー	ファイザー	ファイザー
Lot No.	EY5422	EY5422
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。

## 新型コロナウイルスワクチン接種の予診票 (追加接種用)

※赤枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

種別	2 (口予診のみ)	3 (目診)
請求先	愛媛県西条市	382060
診療番号	0000000000	
氏名	西条 太郎	

233820600000000000

生年月日 (西暦) 1946年 01月 07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 9月 3日, 2回目: 2021年 9月 24日) 接種を受けたワクチン(ファイザー、ファイザー)	<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、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	
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"/> 毛細血管漏出症候群 <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( )		
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	

赤枠内をご自宅で記入のうえ、持参してください。

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

### 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。

被接種者又は保護者自署 年 月 日

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
シール貼付け位置	ml	医師機関等コード
※枠に合わせてまっすぐに貼付けてください		医師名
(注)有効期限が切れている場合は		接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
		2022年 月 日