

追加接種
回目

あなたの接種券番号：
(vaccination voucher number for COVID-19)

接種を受ける方へ
●接種を受ける前に事前予約が必要になります。
詳しくは同封のお知らせをご確認ください。
●予診票を切り離さず、接種場所へお持ちください。
●本人確認書類を接種場所へお持ちください。
●下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。

●ご不明な点はコールセンターまでお問い合わせください。
「神戸市新型コロナウイルス接種コールセンター」
TEL:078-277-3320
(受付時間)
平日(月～金)8:30～20:00 休日(土日祝)8:30～17:30

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

A

あなたの接種券番号：

回目	メーカー/Lot No. (シール貼付け)	氏名	
接種年月日		住所	
年		生年月日	
月 日			

兵庫県神戸市長

新型コロナウイルス接種記録

	接種年月日	メーカー	Lot No.

* *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。

注意事項(よくお読みください)

- 上記の「予防接種済証」は新型コロナウイルスワクチンの接種を受けた証明となります。紛失しないよう、大切に保管してください。
- 新型コロナウイルスワクチンは、発症と重症化を予防する効果が期待されていますが、ワクチン接種後も感染対策を継続する必要があります。引き続きマスクの適切な着用、こまめな手洗いや手指消毒の徹底など、ご自身と周りの大切な人を守るための行動を続けてください。

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。

券種	2 (□予診のみ)	回目	
請求先	兵庫県神戸市	281000	
番番号			
氏名			

住民票に記載されている住所	兵庫県 神戸市 区村		
フリガナ		電話番号	() - ()
氏名			
生年月日(西暦)	年 月 日	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
新型コロナウイルスワクチンの接種を受けたことがありますか。 接種回数(回) 前回の接種日(年 月 日) 前回接種を受けた新型コロナウイルスの種類()	<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、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	
『新型コロナウイルスの説明書』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：□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()	<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。	医師署名又は名称押印
-------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------

医療機関記入欄	<input type="checkbox"/> 時間外(受付時間 :) <input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> 小児(6歳未満) <input type="checkbox"/> 予備① <input type="checkbox"/> 予備② <small>※該当する項目について、マークの形からはみ出さないように塗りつぶしてください。</small>
---------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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 署名
(※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16歳未満の場合は保護者署名、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取まるよう記入してください。
	シール貼付位置		実施場所	医療機関等コード
	※枠に合わせてまっすぐに貼付けてください (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→04月01日 202 年 月 日