

令和3年11月26日

医療機関の長様

大阪市新型コロナウイルスワクチン接種推進監

新型コロナウイルスワクチン接種に係る予診票及び
時間外等加算請求方法の変更について

平素は、本市の新型コロナウイルス感染症対策に格別の御理解と御協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

また、新型コロナワクチン接種につきましては、貴院のご尽力により、円滑に市民への接種が進んでおりますこと、改めて感謝申し上げます。

さて、令和3年11月4日付で厚生労働省健康局健康課予防接種室から事務連絡の発出があったことを受け、本市においては別紙のとおり取扱うことといたしますので、ご協力いただきますようお願いいたします。

なお、1・2回目接種者用の新予診票につきましては、参考として様式を添付しておりますので、必要に応じて印刷いただくか、本市ホームページからダウンロードしていただきますようお願い申し上げます。

大阪市保健所
感染症対策課（ワクチン接種等調整チーム）
電話：06-6647-0813 FAX：06-6786-8003

予診票変更に伴う接種費用・時間外等加算分の請求方法について

令和3.12

新予診票と旧予診票の違い

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。	医師署名又は記名押印
	<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濃く塗りつぶしてください。</small>	



新予診票には、医師記入欄の下に、時間外等加算分の確認の為、医療機関記入欄が追加されています。

新予診票を持参する人 ※大阪市の場合

- ①【接種券一体型予診票】 3回目接種の対象者
- ②【接種券貼り付け型】 1月以降、新たに1・2回目接種の対象となる方 (12歳になる小児)
- ③【接種券貼り付け型】 1・2回目の接種券を、12月以降に再発行した方

請求方法の変更点

接種費用の請求と同時に時間外等加算分の請求ができます。
 ※大阪市以外の方へ接種した場合、接種費用と時間外等加算分は国保連への請求です。

	被接種者の住民票	接種費用請求先	休日・時間外加算請求先
新予診票	大阪市	大阪市	大阪市
	大阪市以外	国保連	国保連

旧予診票を持参する可能性のある人 ※大阪市の場合

1・2回目接種対象者で11月末までに送付されたものを持参した場合

※本市では12月に12歳になる小児も作業の都合上、旧予診票が11月末に送付されています。

旧予診票での請求方法（これまでと変更なし）

	被接種者の住民票	接種費用請求先	休日・時間外 加算請求先
旧予診票	大阪市	大阪市	大阪市
	大阪市以外	国保連	大阪市

旧予診票を使用して接種費用を請求する場合、時間外等加算分については「新型コロナウイルスワクチンの時間外・休日の接種及び個別接種促進のための支援事業の請求について」（令和3年6月23日付厚生労働省事務連絡）で示された方法により、これまでと同様、専用の請求書及び実績報告書を作成のうえ、（令和3年12月実施分から）**実施した月ごとに**大阪市に提出が必要となります。

旧予診票を持参された方には、可能な限り新予診票への書き換えを依頼してください。

※令和3年12月以降に、**旧予診票で**費用請求する場合の時間外等加算分に係る請求書・実績報告書の様式、請求期限、支払い時期等については、近日中に大阪市ホームページに掲載いたします。

新型コロナワクチン接種の予診票 (1・2回目用)

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

※ワクチン接種後に医療機関において
貼り付けてください
※左隅に合わせ、まっすぐに貼り付けて
ください

(クーポン貼付)

住民票に記載されている住所	大阪 都 道 県		大阪 市 区 村												
フリガナ			電話 番号	() -											
氏 名															
生年月日 (西暦)	□□□□	年	□□	月	□□	日	生 (満	□□□□	歳)	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 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()	<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() 治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> 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。	医師署名又は記名押印

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
-------------	---

※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	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。
	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	