ちゅうしゃ　う　ひ　も

注射を 受ける 日に 持って いく もの

も

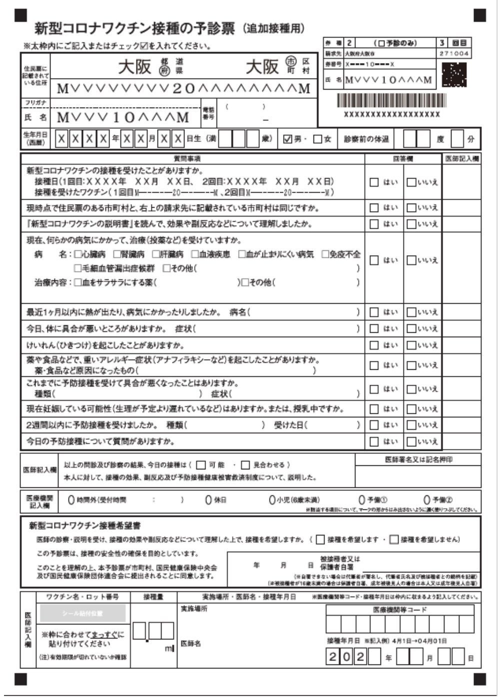
【持っていくもの】

しんがた ころな わくちん せっしゅ

① 新型コロナワクチン接種

よしんひょう　ついかせっしゅよう

予診票　【追加接種用】



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	（□予診のみ）	3 回目
請求先	大阪府大阪市		271004
券番号	X−−−10−−−X		
氏名	M∨∨∨10∧∧∧M		

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

住民票に記載されている住所	大阪 都道府県　大阪 市区町村 M∨∨∨∨∨∨∨∨20∧∧∧∧∧∧∧∧∧M		
フリガナ 氏名	M∨∨∨10∧∧∧M	電話番号	（　　）　−
生年月日（西暦）	XXXX 年 XX 月 XX 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:XXXX年　XX月　XX日、　2回目:XXXX年　XX月　XX日） 接種を受けたワクチン（1回目M−−−−−−20−−−−−−M、2回目M−−−−−−20−−−−−−M）	□ はい	□ 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。	□ 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）　○予備①　○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）

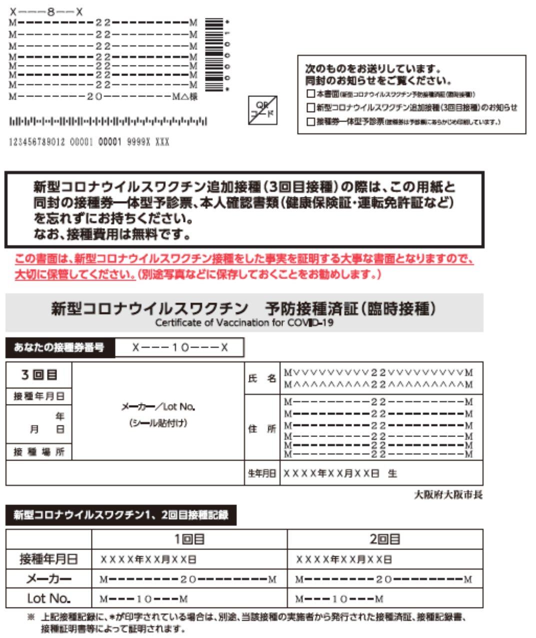
医師記入欄	ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日　※医療機関等コード・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。
	シール貼付位置 ※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください （注）有効期限が切れていないか確認	□.□□ ml	実施場所 医師名 医療機関等コード 接種年月日　※記入例）4月1日→04月01日 202□年□□月□□日

しんがた ころな ういるす　わくちん

②新型コロナウイルスワクチン

よぼうせっしゅずみしょう　りんじせっしゅ

予防接種済証　（臨時接種）



X−−−8−−X
M−−−−−−−−−22−−−−−−−−−−M
M−−−−−−−−−22−−−−−−−−−−M
M−−−−−−−−−22−−−−−−−−−−M
M−−−−−−−−−22−−−−−−−−−−M
M−−−−−−−−−22−−−−−−−−−−M
M−−−−−−−−−22−−−−−−−−−−M
M−−−−−−−−−22−−−−−−−−−−M
M−−−−−−−−20−−−−−−−−M△様

123456789012 00001 00001 9999X XXX

QRコード

次のものをお送りしています。
同封のお知らせをご覧ください。
- □本書面（新型コロナウイルスワクチン予防接種済証（臨時接種））
- □新型コロナウイルスワクチン追加接種（3回目接種）のお知らせ
- □接種券一体型予診票（接種券は予診票にあらかじめ印刷しています。）

新型コロナウイルスワクチン追加接種（3回目接種）の際は、この用紙と同封の接種券一体型予診票、本人確認書類（健康保険証・運転免許証など）を忘れずにお持ちください。
なお、接種費用は無料です。

この書面は、新型コロナウイルスワクチン接種をした事実を証明する大事な書面となりますので、大切に保管してください。（別途写真などに保存しておくことをお勧めします。）

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　X−−−10−−−X

3回目	メーカー／Lot No. （シール貼付け）	氏名	M∨∨∨∨∨∨∨∨∨22∨∨∨∨∨∨∨∨∨M M∧∧∧∧∧∧∧∧∧22∧∧∧∧∧∧∧∧∧M
接種年月日 年　月　日		住所	M−−−−−−−−−22−−−−−−−−−M M−−−−−−−−−22−−−−−−−−−M M−−−−−−−−−22−−−−−−−−−M M−−−−−−−−−22−−−−−−−−−M M−−−−−−−−−22−−−−−−−−−M M−−−−−−−−−22−−−−−−−−−M
接種場所			
		生年月日	XXXX年XX月XX日　生

大阪府大阪市長

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	XXXX年XX月XX日	XXXX年XX月XX日
メーカー	M−−−−−−−−20−−−−−−−−M	M−−−−−−−−20−−−−−−−−M
Lot No.	M−−−10−−−M	M−−−10−−−M

※　上記接種記録に、＊が印字されている場合は、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。

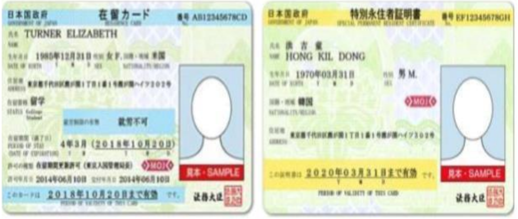
ほんにんかくにんしょるい

③本人確認書類

どれか　ひとつ

ざいりゅう　かーど

- 在留カード



日本国政府　在留カード　番号 AB12345678CD

氏名 TURNER ELIZABETH

1985年12月31日　女 F.　米国

在留資格 留学

就労不可

4年3月（2018年10月20日）

許可の種類 在留期間更新許可（東京入国管理局長）

許可年月日 2014年06月10日　交付年月日 2014年06月10日

このカードは 2018年10月20日まで有効 です。

法務大臣

見本・SAMPLE

日本国政府　特別永住者証明書　番号 EF12345678GH

氏名 洪 吉 童　HONG KIL DONG

1970年03月31日　男 M.

国籍・地域 韓国

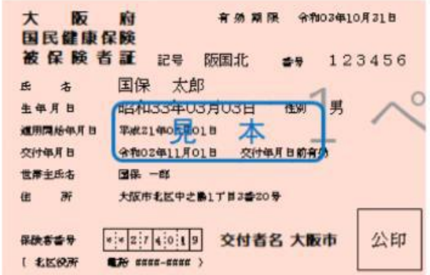
この証明書は 2020年03月31日まで有効 です。

法務大臣

見本・SAMPLE

けんこうほけんしょう

- 健康保健証



大阪府
国民健康保険
被保険者証　記号 阪国北　番号 123456

有効期限	令和03年10月31日
氏名	国保　太郎
生年月日	昭和33年03月03日　性別 男
適用開始年月日	平成21年0□月01日
交付年月日	令和02年11月01日　交付年月日前有効
世帯主氏名	国保 一郎
住所	大阪市北区中之島1丁目3番20号
保険者番号	＊＊274019

交付者名 大阪市

（北区役所　電話 ####-#### ）

公印

見本

ぱすぽーと

- パスポート　など

日本国
旅券
JAPAN
PASSPORT

ぼし けんこう てちょう

④母子健康手帳