

ご案内

(次頁以降)

- 予診票
- 接種記録書
- 接種前確認書

を「A4・モノクロ・片面」にて事前にご出力頂き、
必要な場所への記入をお願い申し上げます。

会場にも書面の準備はございますが数に限りがございます。
また当日のスムーズなご案内のためにも事前に出力・ご記入いただき
ご来場ください。

【当日の持ち物 ※市町村から接種券が届いていない場合】

- 本人確認書類（運転免許証・健康保険証等）
- 接種済証（前回接種完了から3か月以上経過したことが確認できるもの）
- 学生証・従業員証等（県外在住で、県内に通学・通勤されている方のみ）
- 予診票
- 接種記録書
- 接種前確認書

※上記持ち物が持参できない場合、当日の接種をお断りさせていただくことがありますので
ご承知おきください。

新型コロナ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。

※左隅に合わせ、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 市 区 府 県 町 村
フリガナ	電話 番号 ()
氏 名	性別 <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
生年月日 (西暦)	診察前の体温

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ワクチンの種類()	<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、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() 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="radio"/> 時間外(受付時間 :) <input type="radio"/> 休日 <input type="radio"/> 小児(6歳未満) <input type="radio"/> 予備① <input type="radio"/> 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
	※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	0.50 ml	実施場所 神奈川県大規模接種会場 医師名	1409990648 接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日 202 年 月 日

予診票の記載方法

新型コロナ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。

※左隅に合わせ、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	神奈川県 海老名市 中央 2-9-50		フリガナ	カナガワ タロウ	電話番号	(046) XXXX - XXXX	生年月日(西暦)	1999年04月01日生(満)	X X 歳	<input checked="" type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	診察前の体温	度	分
氏名	神奈川 太郎												

体温に関しては当日会場にて検温し記載になります。

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ワクチンの種類()	<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、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() 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 <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。(<input checked="" type="checkbox"/> 接種を希望します ・ <input type="checkbox"/> 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。	2022年 10月 3日 被接種者又は保護者自署 神奈川 太郎 <small>(※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)</small>

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	050 ml	医師 医師記入欄	1409990648
		接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日	2022年 月 日

新型コロナウイルスワクチン接種記録書

Record of Vaccination for COVID-19

回目	メーカー/Lot No. (シール貼付)
接種年月日	
年 月 日	
接種会場	神奈川県大規模接種会場

氏名 : _____

住所 : _____

生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

接種券番号: _____

新型コロナウイルスワクチンの接種を受けた方へ

- この接種記録書は、市町村が発行する接種済証ではありません。
- 市町村が発行する接種済証が必要な場合は、住民票がある市町村にお問い合わせください。(発行まで時間を要する場合があります。)

新型コロナウイルスワクチンに関する相談先

- ワクチン接種後に、健康に異常があるとき
 - ➡ ワクチンの接種を受けた医療機関・かかりつけ医・市町村の相談窓口
- 予防接種による健康被害についての補償(救済)に関する相談
 - ➡ 市町村の予防接種担当部門

新型コロナウイルスワクチンの詳しい情報については、厚生労働省ホームページをご覧ください。
右のQRコードからアクセスできます。



接種記録書の記載方法

新型コロナワクチン接種記録書

Record of Vaccination for COVID-19

回目	メーカー/Lot No. (シール貼付)
接種年月日	
年 月 日	
接種会場	神奈川県大規模接種会場

氏名 : 神奈川 太郎
住所 : 神奈川県海老名市
中央2-9-50
生年月日: 1999年 04月 01日
接種券番号: 1234567890 (数字10桁)

新型コロナワクチンの接種を受けた方へ

- この接種記録書は、市町村が発行する接種済証ではありません。
- 市町村が発行する接種済証が必要な場合は、住民票がある市町村にお問い合わせください。(発行まで時間を要する場合があります。)

新型コロナワクチンに関する相談先

- ワクチン接種後に、健康に異常があるとき
➡ ワクチンの接種を受けた医療機関・かかりつけ医・市町村の相談窓口
- 予防接種による健康被害についての補償(救済)に関する相談
➡ 市町村の予防接種担当部門

新型コロナワクチンの詳しい情報については、
厚生労働省ホームページをご覧ください。
右のQRコードからアクセスできます。



神奈川県知事 殿

新型コロナウイルスワクチン接種前確認書

私は、接種券の提示に代わって、次の申告した内容に間違いがないことを示し、神奈川県大規模接種会場において実施する、モデルナ社製のオミクロン株対応ワクチン接種を受けることを希望します。

【1・2を確認後、□に✓をしてください。】

- 1 予診票に示した①接種回数と、②前回接種を受けた新型コロナウイルスワクチンの種類に間違いがないことを確認した。

【①・②それぞれ該当する□に✓をしてください。】

① 前回接種回数： 1 2 3 4 回

② 前回接種を受けた新型コロナウイルスワクチンの種類：

ファイザー モデルナ

アストラゼネカ 武田社ワクチン（ノババックス）

- 2 予診票に示した前回接種日から、3ヶ月以上接種間隔が空いていることを確認した。

【予防接種を受ける者】

接種日：令和 年 月 日

氏名（自署）： _____

接種前確認書の記載方法

神奈川県知事 殿

新型コロナウイルスワクチン接種前確認書

私は、接種券の提示に代わって、次の申告した内容に間違いがないことを示し、神奈川県大規模接種会場において実施する、モデルナ社製のオミクロン株対応ワクチン接種を受けることを希望します。

【1・2を確認後、□に✓をしてください。】

- 1 予診票に示した①接種回数と、②前回接種を受けた新型コロナウイルスワクチンの種類に間違いがないことを確認した。

【①・②それぞれ該当する□に✓をしてください。】

① 前回接種回数： □1 □2 3 □4 回

② 前回接種を受けた新型コロナウイルスワクチンの種類：

□ ファイザー モデルナ

□ アストラゼネカ □ 武田社ワクチン（ノババックス）

- 2 予診票に示した前回接種日から、3ヶ月以上接種間隔が空いていることを確認した。

【予防接種を受ける者】

接種日：令和 4年 10月 3日

氏名（自署）： 神奈川 太郎