

〒515-0019 区内特別
三重県松阪市NNNN町NNNN番地N

NNNNNN4 様
000099999

000004#

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。

あなたの2回目接種日から8か月が経過する日は 2021/11/15 です。

接種券番号	2420470009999999
パスワード	19360101

<予約の受付・取消・変更>

松阪市・多気郡（多気町・明和町・大台町）新型コロナワクチンコールセンター

電話番号：0120-53-5670

※かけ間違いにご注意ください。

Web 予約：https://v-yoyaku.jp/242047-matsusaka



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。

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

3回目 接種年月日	メーカー / Lot No (シール貼付け)	氏名	NNNNNNNN12345678901234
年		住所	三重県松阪市NNNN町NNNN番地1 12345678901234567890123 4567890
月		生年月日	1936年01月01日
日			
接種場所			

三重県松阪市長

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。

住民票に記載されている住所	三重 都道 松阪 市区町村		券種	2 (口予診のみ)	3 回目
フリガナ	マツサカ 知ウ		請求先	三重県松阪市 242047	
氏名	NNNNNNNN123456789012 34567890	電話番号	()	券番号	0000999999
生年月日(西暦)	1936年01月01日生(満 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 歳)	性別	<input type="checkbox"/> 男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	氏名	NNNNNNNN123 45678901234
診察前の体温	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 度 <input type="checkbox"/> 分	 232420470009999999			

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02月22日 2回目: 2021年03月15日) 接種を受けたワクチン(1回目: ファイザー 2回目: 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	

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適く盛りつけてください。

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うえで、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

(※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19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被後見人自署)

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
	シール貼付位置		実施場所
	※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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ml	医師名

接種年月日 ※記入例) 4月1日~04月01日

202 年 月 日