

当日接種券なしで接種する場合の取扱い（福井県内在住者に限る）

接種当日

① 接種当日は、右上の接種券部分が空欄になっている予診票（白紙）を使用する。

② ①と併せて接種記録書（白紙）を使用し、これを接種済証として取扱う。

③ 接種後自宅に届いた接種券を、速やかに医療機関へ持参してもらうよう依頼しておく。

新型コロナウイルス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印を入れてください。

※右欄に合わせる、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください

接種券なし 接種券なし 接種券なし	氏名	〒	市町村
フリガナ	()		
氏名	生年月日 (西暦)	性別	年齢
〒	市町村		

接種券の有無

新型コロナウイルスの接種を受けたことがありますか。 接種日(初回): 年 月 日 接種日(追加): 年 月 日	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
接種を受けたワクチン()		
通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副作用」を感んで、結果や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いますか、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"/> 血液病 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい病気 <input type="checkbox"/> 免疫不全 <input type="checkbox"/> 喘息やアレルギー <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、病気になることが多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)をおこしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
病や食品などで、重いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)をおこしたことがありますか。 病や食品など原因になったもの()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
これまでにご予約接種を受けて貰ったことになりましたか。 接種日() 接種場所()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
現在妊娠している可能性がありますか、または、授乳中ですか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
公開間以内に予約接種を受けましたか。接種日() 接種場所()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
今日の予約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

以上の問診及び接種の結果、今日の接種は(可 不可 見合わせる)
本人に対して、接種の意思、接種内容及び予約接種履歴が記載された接種券を交付した。

接種券又は接種券番号

医師署名

医師印

接種券なし

接種券番号

接種券の有無

接種券番号

接種券の有無

接種券番号

接種券の有無

新型コロナウイルスワクチン接種記録書

Record of Vaccination for COVID-19

接種年月日	氏名
接種会場	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。



当日接種券なしで接種する場合の取扱い（福井県内在住者に限る）

接種後日

④ 後日、被接種者が持参した「接種券一体型予診票」を医療機関が回収し、接種券部分を切り取り、接種当日①の予診票の空欄部分にのりやセロハンテープではがれないように貼付し、それぞれの市町や県国保連へ費用請求する。



新型コロナワクチン接種の予診票（追加接種用）

県太神内にご記入またはチェック印を入れてください。

医療機関	接種日	接種回数	接種場所
	年 月 日		

氏名 () 性別 () 年齢 () 接種希望の回数 ()

接種日(接種日)		接種回数(接種回数)	
接種場所(接種場所)		接種回数(接種回数)	

現在、何らかの病状にかかって、治療(治療内容)を受けていますか。

病名()

治療内容()

最近1ヶ月以内に腫が出たり、病変にかかってしまいましたか。病名()

今日、体に具合が悪いところがありますか。症状()

けいれん(けいれん)を起こしたことがありますか。発熱()

激しい頭痛、嘔吐、アレルギー症状(アナフィラキシー)を起こしたことがありますか。

アレルギー症状()

現在妊娠している可能性があります(妊娠が予定より遅れている場合があります。または、授乳中ですか。)

公認機関に予診接種を受けましたか。接種日() 受付日()

今日の予診接種について費用がありますか。

接種券番号()

接種券番号は記名印刷

以上の欄及び除菌済の状態、今日の接種日() 可能、() 具合が悪い

本人に対して、接種の意思、疑問及び予診接種費用負担状況について、説明した。

接種費用() 接種費用()

新型コロナワクチン接種者保護

接種券番号、接種券番号、接種の危険回避のために採用した上で、接種を希望します。() 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。

このことを経路上、本市幹部が町長、副市長等に報告します。

ワクチン名・ロット番号	接種日	接種場所
接種券番号	接種年月日	接種券番号

接種券年月日(接種日) 2022年 月 日

新型コロナワクチン接種の予診票（追加接種用）

県太神内にご記入またはチェック印を入れてください。

※左側に合わせて、点線に沿ってまっすぐに切り付けてください。

医療機関	接種日	接種回数	接種場所
	年 月 日		

氏名 () 性別 () 年齢 () 接種希望の回数 ()

接種日(接種日)		接種回数(接種回数)	
接種場所(接種場所)		接種回数(接種回数)	

現在、何らかの病状にかかって、治療(治療内容)を受けていますか。

病名()

治療内容()

最近1ヶ月以内に腫が出たり、病変にかかってしまいましたか。病名()

今日、体に具合が悪いところがありますか。症状()

けいれん(けいれん)を起こしたことがありますか。発熱()

激しい頭痛、嘔吐、アレルギー症状(アナフィラキシー)を起こしたことがありますか。

アレルギー症状()

現在妊娠している可能性があります(妊娠が予定より遅れている場合があります。または、授乳中ですか。)

公認機関に予診接種を受けましたか。接種日() 受付日()

今日の予診接種について費用がありますか。

接種券番号()

接種券番号は記名印刷

以上の欄及び除菌済の状態、今日の接種日() 可能、() 具合が悪い

本人に対して、接種の意思、疑問及び予診接種費用負担状況について、説明した。

接種費用() 接種費用()

新型コロナワクチン接種者保護

接種券番号、接種券番号、接種の危険回避のために採用した上で、接種を希望します。() 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。

このことを経路上、本市幹部が町長、副市長等に報告します。

ワクチン名・ロット番号	接種日	接種場所
接種券番号	接種年月日	接種券番号

接種券年月日(接種日) 2022年 月 日