

みほん

(差出人)
久留米市新型コロナウイルスワクチンプロジェクト
〒830-8520 福岡県久留米市城南町15-3
Coupon of 3rd vaccination for COVID-19

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。

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

あなたの接種券番号：

3 回目	メーカー/Lot No. (シール貼付け)	氏 名	
接種年月日		住 所	
年			
月 日			
接種場所	生年月日	福岡県久留米市長	

新型コロナワクチン 1、2 回目接種記録

	1 回目	2 回目
接種年月日		
メーカー		

当日の持ち物
・この用紙が入っていた封筒の中身一式
・本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証等）

- この用紙は「予防接種済証」と「クーポン券が印字された予診票」が一体になっています。真ん中のミシン目で切り離さず、接種場所へお持ちください。右側予診票は事前にご記入をお願いします。
- 接種の際にこの用紙をお忘れになりますと接種間隔を確認できないため接種できない場合があります。ご注意ください。
- ワクチン接種の際に速やかに肩を出せる服装でお越しください。ご配慮の程お願いいたします。
- この用紙は3回目接種後に3回目の接種済証となりますので、お手持ちの1・2回目の接種済証と一緒に紛失しないよう大切に保管ください。

あなたは
以降に

3回目接種可能となります。

◆ワクチン接種の予約・問い合わせ先◆ [WEB予約]
【電話】 **0942-30-9816**
【FAX】 **050-3819-8312**

切り取らずに接種場所にお持ち下さい

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	福岡県久留米市	
券番号		
氏名		

住民票に記載されている住所	フリガナ	氏名	電話番号	生年月日(西暦)	(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:) 2回目:) 接種を受けたワクチン(1回目:) 2回目:)	<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。(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取るよう記入してください。
	シール貼付位置	<input type="checkbox"/> 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