

玉城町新型コロナワクチン接種について

接種当日に持参が必要なもの

**接種の日に下記のことを忘れずに持参してください。
 忘れた場合は接種できませんのでご注意ください。**

1 接種券（クーポン券）



接種券は切り離さずお持ちください

新型コロナワクチンを受けられます。
接種費用は無料です。
 年齢等により接種いただける時期が異なります。
 この接種券（クーポン券）は、接種の際に必要なもので、大切に持ちください。

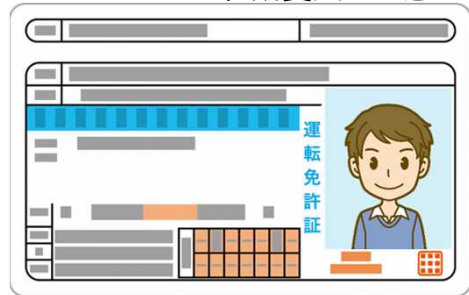
接種券		診察した接種できない場合	
券種 2 ワクチン接種 1 回目 請求先 山形県天童市 062103 券番号 0000111111 氏名 テスト ▲男 210621030000111111	券種 1 予診のみ 1 回目 請求先 山形県天童市 062103 券番号 0000111111 氏名 テスト ▲男 110621030000111111	券種 2 ワクチン接種 2 回目 請求先 山形県天童市 062103 券番号 0000111111 氏名 テスト ▲男 220621030000111111	券種 1 予診のみ 2 回目 請求先 山形県天童市 062103 券番号 0000111111 氏名 テスト ▲男 120621030000111111

接種を受ける方へ

- シールは剥がさず、台紙ごと接種場所へお持ちください。
- 右側の予防接種済証は接種が終わった後も大切に保管してください。

3 本人確認ができる書類 ※いずれか1つ

自動車運転免許証 ※住所変更にご注意



健康保険被保険者証

健康保険 本人（被保険者）
 被保険者証
 交付年月日 ○○年○月○日交付
 氏名 ○○ ○○
 生年月日 ○○年○月○日
 性別 △
 資格取得年月日 ○○年○月○日
 事業所名称 □□ 会社
 保険者番号 000000000000
 保険者名称 全国健康保険協会 □□支部
 保険者所在地 □□市□□町□□丁目□□番地

2 予診票 ※必ず事前に記入して下さい

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。

住所 〒 市 区 町 丁目 番 号

フリガナ 氏名

生年月日 (西暦) 年 月 日 性(別) □男 □女 診察科の体温 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初めて受けますか。 [接種を受けたことがない場合 1 回目 月 日、2 回目 月 日]	□ はい □ いいえ	
現時点で住民票のある市町村と、クーポン券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、効果や副作用などについて理解しましたか。	□ はい □ いいえ	
接種希望の上位となる対象グループに該当しますか。 [50歳以上 70歳以上 □60~64歳 □高齢者施設等の従事者 □基礎疾患を有する(病名)]	□ 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 □その他()	□ はい □ いいえ	
治療内容: □血をサラサラにする薬() □その他()		
その病気を治してある医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	□ はい □ いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか。 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() 症状()	□ 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せんか。	□ 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)がありますか。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 以上の診察及び問診の結果、今日の接種は()可()不可()混合()
 本人に対して、接種の意義、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。

新型コロナワクチン接種希望書
 医師の説明、説明を受け、接種の効果や副作用などについて理解した上で、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。
 このことを理解の上、本予診票が市町村、国民健康保険中央会、国民健康保険協会連合会に提出されることに同意します。

ワクチン名・ロット番号 接種量 実施場所(市町村) 実施年月日 接種済番号(接種年月日以内の日付に記入してください)

医師記入欄 券種に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください

接種年月日 令和4年 4月 日 04月 日
 2022 年 月 日

マイナンバーカード



※その他、パスポート、マイナンバー通知カード、公共料金の請求書などで住所と名前が確認できるものでも可能

4 おくすり手帳 ※お持ちの場合

