





コロナワクチン住民接種が本格始動！

2021年(令和3年)4月23日

藤沢市福祉健康部保健所地域保健課

新型コロナウイルスワクチン接種担当

クーポン券 (シールになっています)

| | | | | | | | | | | |
|--|---|------------|--------|---|--|---------|------------|------|--------|----|
| ク ー ポ ン 券 | 接種券 | | | | 診察したが接種できない場合 | | | | | |
| | 券種 | 2 | ワクチン接種 | 1 | 回目 | 券種 | 1 | 予診のみ | 1 | 回目 |
| | 請求先 | 神奈川県藤沢市 | | 142051 | | 請求先 | 神奈川県藤沢市 | | 142051 | |
| | 券番号 | 2222222222 | | | | 券番号 | 2222222222 | | | |
| | 氏名 | クーポン 見本 | | | | 氏名 | クーポン 見本 | | | |
| |  a 2 1 1 4 2 0 5 1 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 a | | | |  a 1 1 1 4 2 0 5 1 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 a | | | | | |
| | 211420512222222222 | | | | 111420512222222222 | | | | | |
| | 券種 | 2 | ワクチン接種 | 2 | 回目 | 券種 | 1 | 予診のみ | 2 | 回目 |
| | 請求先 | 神奈川県藤沢市 | | 142051 | | 請求先 | 神奈川県藤沢市 | | 142051 | |
| | 券番号 | 2222222222 | | | | 券番号 | 2222222222 | | | |
| 氏名 | クーポン 見本 | | | | 氏名 | クーポン 見本 | | | | |
|  a 2 2 1 4 2 0 5 1 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 a | | | |  a 1 2 1 4 2 0 5 1 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 a | | | | | | |
| 221420512222222222 | | | | 121420512222222222 | | | | | | |

| | |
|---|-----------------------------|
| 接種済証 | |
| (接種時に貼り付ける) | |
| 新型コロナウイルスワクチン 予防接種済証(臨時) Certificate of Vaccination for COVID-19 | |
| 1回目 | メーカー/Lot No. (シール貼付) |
| 接種年月日 | |
| 年 月 日 | |
| 接種場所 | |
| 2回目 | メーカー/Lot No. (シール貼付) |
| 接種年月日 | |
| 年 月 日 | |
| 接種場所 | |
| 氏名 | クーポン 見本 朝日町1番地の1 |
| 住所 | |
| 生年月日 | 1940年10月1日生 |
| 神奈川県藤沢市長 鈴木 恒夫 | |

| |
|--|
| 接種を受ける方へ |
| <ul style="list-style-type: none"> ●当日は、クーポン券、本人確認書類(運転免許証、健康保険証等)をお持ちください。 ●シールは剥がさないでください。 ●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。 |

クーポン券（1回接種後）

接種済証 (接種時に貼り付ける)

| | | | | | | | | | | |
|-------|-----|-----------|--------|---|--|-----------|-----------|--------|--------|----|
| クーポン券 | 接種券 | | | | 診察したが接種できない場合 | | | | | |
| | | | | | 券種 | 1 | 予診のみ | 1 | 回目 | |
| | | | | | 請求先 | 神奈川県藤沢市 | | 142051 | | |
| | | | | | 券番号 | 222222222 | | | | |
| | | | | | 氏名 | クーポン 見本 | | | | |
| | | | | |  11142051222222222 | | | | | |
| | 券種 | 2 | ワクチン接種 | 2 | 回目 | 券種 | 1 | 予診のみ | 2 | 回目 |
| | 請求先 | 神奈川県藤沢市 | | 142051 | | 請求先 | 神奈川県藤沢市 | | 142051 | |
| | 券番号 | 222222222 | | | | 券番号 | 222222222 | | | |
| | 氏名 | クーポン 見本 | | | 氏名 | クーポン 見本 | | | | |
| | | | |  22142051222222222 | | | | | | |
| | | | |  12142051222222222 | | | | | | |

接種を受ける方へ

- 当日は、クーポン券、本人確認書類（運転免許証、健康保険証等）をお持ちください。
- シールは剥がさないでください。
- 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。

| | |
|---|---|
| 新型コロナウイルスワクチン 予防接種済証(臨時) Certificate of Vaccination for COVID-19 | |
| 1回目 |  |
| 接種年月日 | |
| 2021年 4月23日 | |
| 接種場所 | |
| 朝日町ホスピタル | |
| 2回目 | メーカー/Lot No. (シール貼付) |
| 接種年月日 | |
| 年 月 日 | |
| 接種場所 | |
| 氏名 | クーポン 見本 朝日町1番地の1 |
| 住所 | |
| 生年月日 | 1940年10月1日生 |
| 神奈川県藤沢市長 鈴木 恒夫 | |

接種シール (厚労省自治体説明会資料より)

- ワクチン接種シールは予防接種済証貼り付け用の大きいシール1枚と予診票貼り付け用の小さいシール3枚が入っています
- 1回の接種に対し、各自治体の予診票および予防接種済証に、合計4枚のワクチン接種シールを貼り付けてください
- 本ワクチンは「21日間隔で2回接種」のため、接種完了時には予防接種済証に2枚のシールが貼られた状態になります

| |
|-----------|
| ワクチン配送セット |
| ワクチン書類キット |
| 希釈用生理食塩液 |
| 接種用物品 |
| その他の物品 |

ワクチン接種シールのイメージ (1回の接種あたり)



予防接種済証のイメージ

| 新型コロナウイルスワクチン 予防接種済証 | |
|----------------------|-----------|
| 1 回目 | |
| 接種年月日 | 2021年 月 日 |
| 接種場所 | |
| 2 回目 | |
| 接種年月日 | 2021年 月 日 |
| 接種場所 | |
| 氏名 | 厚生 太郎 |
| 住所 | |
| 生年月日 | 年 月 日 生 |
| 〇〇県〇〇市 日本 一都 | |

QRコードのついた大きいシールを、各自治体の予防接種済証に貼り付けます

※接種完了時には2枚のシールが貼られた状態となります

予診票のイメージ

小さいシールを、各自治体の予診票 (自治体控、医療機関控、被接種者控の3枚) に貼り付けます

予診票

新型コロナウイルス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。

| | | | |
|---------------|---------|--------|---|
| 住民票に記載されている住所 | 神奈川県藤沢市 | | |
| 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) | 年 月 日 | 診察前の体温 | 度 分 |

※左欄に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください
(クーポン貼付)

| 質問事項 | 回答欄 | 医師記入欄 |
|---|--|-------|
| 新型コロナウイルス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ある場合 1回目: 月 日、2回目: 月 日) | <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、クーポン券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 | |
| 「新型コロナウイルスワクチンの説明書」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 | |
| 接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。 <input type="checkbox"/> 医療従事者等 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60~64歳 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等の従事者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する(病名:) | <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"/> 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() | | |
| その病気を診てもらってい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。 | <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(可能 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

新型コロナウイルス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、年 月 日 被接種者自筆
(※自筆できない場合は代理人が署名し、代理人氏名及び印捺欄への捺印を記録し、(後継接種者が成年被接種者の場合は本人又は成年後見人自筆))

| | | | |
|--|--|----------------|-----------------------------------|
| 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収まるよう記入してください。 |
| BNT162 XXXXXXXX 2/11-EXP:YYYY.DD.MM | <input type="checkbox"/> . <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が確認 | | 医師名 | 接種年月日 ※(記入例) 4月1日→04月01日 |
| | | | 202 年 月 日 |

1/3 市役所提出用① (藤沢市民以外は国保連へ提出) 2021.3

クーポン券から

新型コロナウイルス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。

| | | | |
|---------------|---------|--------|---|
| 住民票に記載されている住所 | 神奈川県藤沢市 | | |
| 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) | 年 月 日 | 診察前の体温 | 度 分 |

| | | | | |
|-----|------------|--------|--------|----|
| 券種 | 2 | ワクチン接種 | 1 | 回目 |
| 請求先 | 神奈川県藤沢市 | | 142051 | |
| 券番号 | 2222222222 | | | |
| 氏名 | クーポン 見本 | | | |

211420512222222222

接種シールから

| | | | |
|--|--|----------------|-----------------------------------|
| 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収まるよう記入してください。 |
| BNT162 XXXXXXXX 2/11-EXP:YYYY.DD.MM | <input type="checkbox"/> . <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が確認 | | 医師名 | 接種年月日 ※(記入例) 4月1日→04月01日 |
| | | | 202 年 月 日 |

1/3 市役所提出用① (藤沢市民以外は国保連へ提出) 2021.3