

740-0021  
山口県岩国市室の木町1番地1号  
テストマンション101  
テスト 太郎003 様

0000000004 010000004#

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： 0000000003

3回目	メーカー / Lot No. (シール貼付け)	氏名	テスト 太郎003
接種年月日		住所	山口県岩国市室の木町1番地1号 テストマンション101
年月日		生年月日	昭和32年 4月 2日 生
接種場所		山口県岩国市長	

### 新型コロナウイルスワクチン 1、2回目接種記録

	1回目	2回目
接種年月日	2021年 04月 25日	2021年 06月 12日
メーカー	ファイザー	ファイザー
Lot No.	ER9480	ET3674
接種場所	会場テストサンプル	サンプル会場1111111

\*が印字された部分の記録については、別途、当該接種の実施者から発行された接種済証、接種記録書、接種証明書等によって証明されます。

### 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	山口県岩国市	352080
券番号	0000000003	
氏名	テスト 太郎003	
フリガナ	テスト 太郎003	電話番号 ( )
氏名	テスト 太郎003	電話番号 ( )
生年月日(西暦)	1957年04月02日生(満64歳)	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
診察前の体温		度 分

233520800000000003

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受けたことがありますか。 接種日(1回目: 2021年 04月 25日、2回目: 2021年 06月 12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)	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
『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。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 毛細血管漏出症候群 その他( ) 治療内容: 血をサラサラにする薬( ) その他( )	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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( )	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状( )	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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( )	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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( )	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	

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
-------	---	------------

医療機関記入欄	0 時間外(受付時間) : ( ) 0 休日 0 小児(6歳未満) 0 予備 0 予備 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。
---------	---

<b>新型コロナウイルスワクチン接種希望書</b>	
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収まるように記入してください
	シール貼付位置		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	ml	医師名	接種年月日 記入例) 4月1日 04月01日 2022年 月 日