

厚生労働省ホームページの「新型コロナウイルスワクチンの接種を行う医療機関へのお知らせ」に掲載されている「接種の実務」は住民接種を前提に書かれているため、医療従事者等優先接種用に書き換えました。

受付

- ・ 窓口に来た接種希望者の接種券と予診票を確認し、それぞれに記載された氏名等と、本人確認書類（運転免許証、被保険者証等）の内容を確認し、本人確認を行う。

接種希望者は、原則、住民票所在地の市町村において接種を受けることになる。

※基礎疾患を有する者がかかりつけ医で接種する場合は他市町村でも接種できる。

※近接する複数市町村で一体となって接種体制を構築する場合は、同一市町村とみなす。

予診

- ・ 接種を行う前に、問診・検温・必要な診察を行い、予防接種を受けることが適当でない者又は予防接種の判断を行うに際して注意を要する者に該当するか否かを調べる。

接種後

- ・ 予診票に、接種券のシールと、ワクチン名・ロット番号のシールを貼付する。
- ・ 予診票の写し（コピー）を医療機関において保管する。
- ・ 接種が終わった後、アナフィラキシーや血管迷走神経反射等の症状が生じることがあるため、接種後に接種会場において一定期間観察を行う。

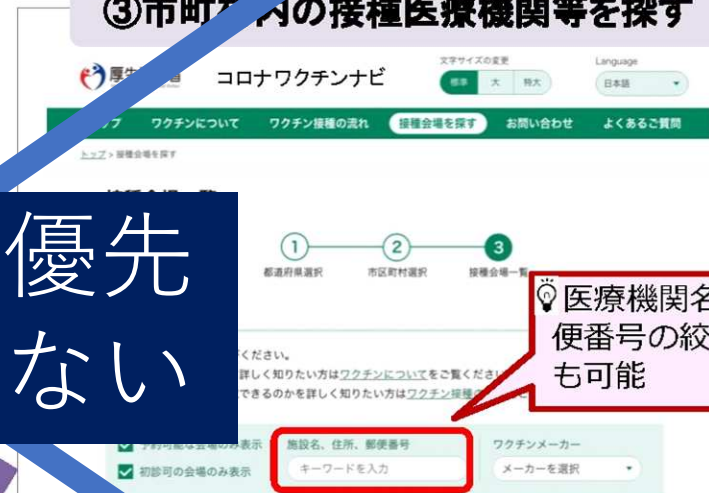
4. 接種実施医療機関等の検索及び予約受付状況の見える化について

- コロナワクチン接種総合案内サイト「コロナワクチンナビ」(公開サイト)では、
 - ・居住地でワクチン接種を受けられる医療機関はどこにあるのか、どのワクチンを扱っているのか
 - ・その医療機関の現在の予約受付状況といった情報を提供する。

接種予約できる医療機関等の探し方



③市町村内の接種医療機関等を探す



医療従事者等優先
接種では関係ない

①都道府県を選択



②市町村を選択



💡医療機関名や郵便番号の絞り込みも可能

💡[+]を開くと、各医療機関の詳細情報(予約方法、お知らせ等)を明記している

💡どの医療機関で現在予約受付可能か一目でわかる

接種券・予診票

- 接種希望者が持参する接種券と予診票のイメージを以下に示す。

接種希望者が持参する接種券等のイメージ

接種券		診察したことができない場合		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	
本種	2 ワクチン接種 1 回目	本種	1	接種年月日	2021年
請求先	〇〇県〇〇市 123456	請求先	〇〇県〇〇市 123456	接種場所	
券番号	1234567890	券番号	1234567890		
氏名	厚生 太郎	氏名	厚生 太郎		
OCRAイン (18桁)		OCRAイン (18桁)			
本種	2 ワクチン接種 2 回目	本種	1 予診のみ 2 回目	接種年月日	2021年
請求先	〇〇県〇〇市 123456	請求先	〇〇県〇〇市 123456	接種場所	
券番号	1234567890	券番号	1234567890		
氏名	厚生 太郎	氏名	厚生 太郎		
OCRAイン (18桁)		OCRAイン (18桁)			

接種を受ける方へ

- シールは剥がさずに、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

予診票のイメージ

コロナワクチン接種の予診票

※台紙内にご記入またはチェック区を入れてください。

接種券		接種券	
本種	2 ワクチン接種 1 回目	本種	2 ワクチン接種 1 回目
請求先	〇〇県〇〇市 123456	請求先	〇〇県〇〇市 123456
券番号	1234567890	券番号	1234567890
氏名	厚生 太郎	氏名	厚生 太郎

氏名 男 女

生年月日 年 月 日 日生 (満 歳) 接種前の体調

医師記入欄

接種希望者が、コロナワクチン接種の対象者であることを確認し、した していない

以上の問診及び診察の結果、今日の接種は 可 不可

本人に対して、接種の意義、副反応及び接種後感染症予防策について説明し、理解した 理解していない

接種希望者は令和3年4月1日時点で6歳未満である(該当する場合は塗りつぶす)

医師の診察・説明を受け、接種の同意や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますが、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、本予診票が市区町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険連合会に提出されることに同意します。

年 月 日 接種者日章

ワクチンロット番号 接種量 実施場所 医師名

BNT162 XXXXXXXX
123456-EXP:YYYY.DD.MM

※台紙内にシールを貼り付けてください
(注)有効期限が切れていないの確認ください

①接種券を貼付

接種済証に貼付

医療従事者等優先接種では
クーポン券を使わない。
次ページのとおり

③予診票に貼付

メーカーが提供するシールのイメージ



BNT162 XXXXXXXX
123456-EXP:YYYY.DD.MM

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。

※左側に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください

(クーポン券)

医療従事者が持参する予診票は印字済

住民票に記載されている住所	都道府県	市区町村
フリガナ	()	()
氏名	電話番号	()
生年月日(西暦)	年	月
日生(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() 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	
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 (<input type="checkbox"/> 可能 ・ <input type="checkbox"/> 見合わせる)	医師署名又は記名押印
	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。 <input type="checkbox"/> 被接種者は6歳未満である (該当する場合は塗りつぶしてください)	

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捺印を記載)
(※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)

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。
シール貼付位置	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

シールを貼る



シールはワクチンと一緒に届けられる

新型コロナワクチン接種記録書 Record of Vaccination for COVID-19

1回目		2回目	
接種年月日		接種年月日	メーカー/Lot No (シール貼付)
2021年		2021年	
月 日		月 日	
接種会場		接種会場	

氏名 : _____

住所 : _____

生年月日: 年 月 日

新型コロナワクチンの接種を受けた医療従事者等の方へ

- 上記の接種記録書は、2回目の接種でもシールを貼付しますので、2回目の接種にもご持参ください。接種記録書は、接種の記録となりますので、大切に保管してください。
- 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。)
- 後日、市町村から郵送される接種券は、使用しないでください。
- 2回目の接種時に、「接種券付き予診票」と「接種記録書」をご持参ください。

新型コロナワクチンに関する相談先

- 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

新型コロナワクチン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。



住民接種クーポン券の予防接種済に代わるもの
医療従事者接種専用の様式

シールを貼る



シールはワクチンと一緒に届けられる

接種施設で接種人数分を用意しておき、1回目の接種時にシールを貼って手渡し。
氏名等を記入して2回目の接種に持参してもらうのが現実的