

令和3年12月23日

新型コロナワクチン接種実施医療機関 様

名古屋市健康福祉局
新型コロナウイルス感染症対策室

**例外的な取扱いとして接種券が届いていない追加接種対象者に対して
新型コロナワクチン追加接種を実施する際の事務運用について**

平素は本市の予防接種行政にご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、みだしの件につきまして、厚生労働省健康局健康課予防接種室より別添のとおり事務連絡がありました。

新型コロナウイルス感染症に係るワクチンの追加接種（以下「追加接種」という。）については、「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施に関する手引き（第5版）」において、接種券を活用した接種実施の事務運用が示されており、接種を受けるには原則接種券が必要となっていますが、本事務連絡により接種券が届いていない追加接種対象者（2回接種完了から原則8か月以上経過した方）へ例外的な対応として追加接種を実施する場合の対応が示されたものです。

つきましては、本対応を実施する場合は、被接種者から確実に接種券の持参を受けられるよう貴医療機関と追加接種者において十分に調整の上、事務連絡記載の運用に従って対応をお願いいたします。

【連絡・問い合わせ先】

新型コロナウイルスワクチンに係る調整担当
担当電話：052-972-4385

E-mail:a4389-04@kenkofukushi.city.nagoya.lg.jp

事務連絡
令和3年11月26日

各

都道府県
市町村
特別区

 衛生主管部（局）御中

厚生労働省健康局健康課予防接種室

例外的な取扱いとして接種券が届いていない追加接種対象者に対して
新型コロナワクチン追加接種を実施する際の事務運用について

予防接種行政につきましては、日頃より御理解と御協力を賜り厚く御礼申し上げます。

新型コロナウイルス感染症に係るワクチンの追加接種（以下「追加接種」という。）については、「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施に関する手引き（5版）」（以下「自治体向け手引き」という。）において、接種券を活用した接種実施の事務運用をお示ししているところです。

他方、ワクチン接種の予約に突然のキャンセルがあり、準備していたワクチンの廃棄を防ぐために、急遽接種を希望する者を募って接種を行う場合や、勤務先の医療機関で追加接種を受ける医療従事者や職域で追加接種を受ける者について、接種券発行の手続きが間に合わず、接種日までに接種券が届かなかった場合等、市町村（特別区を含む。以下同じ。）からの接種券発行を待つことが必ずしも適当ではない場合もあると考えられることから、このような場合の例外的な対応として、接種券が届いていない追加接種対象者に対して追加接種を実施する際の事務運用について、下記のとおりお示いたします。

各市町村におかれましては、本事務連絡の内容について十分御了知の上、関係機関等への周知を行っていただくようお願いいたします。

記

1. 基本的な考え方

接種券は、接種実施医療機関等が接種対象者であることを確認する上で必要なものであることから、接種券が届かない追加接種対象者（2回接種完了から原

則 8 か月以上経過した者) からの接種希望があった場合にも、まずは市町村への接種券発行申請を促すなど、引き続き、接種券を活用した接種実施を原則とするが、医療機関と当該医療機関の所在市町村での相談等を経て、接種券が届いていない追加接種対象者に対して追加接種を実施する場合には、2 の事務運用に沿って接種を実施する。

2. 具体的な事務運用

(1) 接種当日の接種実施医療機関の事務

- ① 被接種者に対して、接種券なしで接種する場合には、
 - ・ 住民票所在自治体から接種券が発行されたら、速やかに当該接種券を接種実施医療機関又は職域接種事務局に持参する必要があること
 - ・ その際、接種当日に記入した予診票の内容を接種券一体型予診票に転記する作業を指示する可能性があることを予め伝達する。
- ② 接種券部分が印字されていない予診票 (A) (別紙 1) を用いて予診を行い、追加接種を実施する。この際、予診票 (A) には、接種券部分以外の必要事項をすべて記入するとともに、ワクチン名・ロット番号の欄にワクチンメーカーから送付されるロット番号等が記されたシール (以下「ロット番号シール」という。) を貼付する。
- ③ 接種後、接種記録書 (別紙 2) (※) 及び記入が完了した予診票 (A) の写し (B) を被接種者に対して交付する。この際、当該写し (B) にロット番号シールを貼付する。

(※) 被接種者が接種済証の交付を希望する場合には、被接種者による接種券の提出時に、接種記録書の内容を接種済証に転記することが考えられる。
- ④ 記入が完了した予診票 (A) と残りのロット番号シールは、接種実施医療機関又は職域接種事務局が保管する。

(2) 被接種者による接種券提出時の接種実施医療機関又は職域接種事務局の事務

ア 住民票所在自治体から発行された接種券が、接種券一体型予診票の様式であった場合

- ① 被接種者に対し、(1) ④で保管していた予診票 (A) 又は (1) ②で交付していた予診票の写し (B) を参照し、当該予診票 (A) 又は写し (B) の被接種者記入欄の記載内容を接種券一体型予診票 (C) に転記するよう依頼する。

(※) 接種券部分の破損や紛失のおそれがあることから、接種券一体型予診票から接種券部分を切り取って、予診票(A)に貼付するといった取扱いは行わないこと。

- ② 接種実施医療機関は、被接種者の転記作業につづき、当該接種券一体型予診票(C)の医師記入欄に予診票(A)の記載内容を転記(※)する。この際、ワクチン名・ロット番号欄に(1)④で保管していた残りのロット番号シールを貼付するとともに、当該接種券一体型予診票(C)が転記後のものであることがわかるよう、住所欄の右端に「(写)」と記入すること。(記載場所については、別紙3参照。)

(※) 転記作業は、医師の指示のもと、医師以外の者が実施することとしても差し支えない。

- ③ 関係者が転記内容を事後的に確認できるようにする観点から、必要に応じて、当該接種券一体型予診票(C)の写しを2部(D1、D2)作成し、1部(D1)は接種実施医療機関又は職域接種事務局が保管し、1部(D2)は被接種者に交付する。

- ④ 転記が完了した接種券一体型予診票(C)は、VRS読み取り等を実施した後、費用請求を行うため、市町村又は各都道府県国民健康保険団体連合会に提出する。

イ 住民票所在自治体から発行された接種券が、接種券(兼)接種済証(シール型)の様式であった場合

- ① 被接種者が持参した接種券(兼)接種済証の接種券シールを(1)④で保管していた予診票(A)に貼付する。

- ② 接種券シールを貼付した予診票(A)の写し(E)を作成し、保管する。この際、(1)④で保管していた残りのロット番号シールを当該写し(E)に貼付する。

- ③ 接種券シールを貼付した予診票(A)は、VRS読み取り等を実施した後、費用請求を行うため、市町村又は各都道府県国民健康保険団体連合会に提出する。

(参考1) アの場合において最終的に各関係者が保管することとなる書面

接種実施医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ・接種当日に記入した予診票（ロット番号シールあり）【A】 ・転記が完了した接種券一体型予診票の写し（ロット番号シールなし）【D1（任意）】
被接種者	<ul style="list-style-type: none"> ・接種当日に記入した予診票の写し（ロット番号シールあり）【B】 ・転記が完了した接種券一体型予診票の写し（ロット番号シールなし）【D2（任意）】 ・接種記録書
市町村	<ul style="list-style-type: none"> ・転記が完了した接種券一体型予診票（ロット番号シールあり）【C】

(参考2) イの場合において最終的に各関係者が保管することとなる書面

接種実施医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ・接種券シールを貼付した予診票の写し（ロット番号シールあり）【E】
被接種者	<ul style="list-style-type: none"> ・接種当日に記入した予診票の写し（ロット番号シールあり）【B】
市町村	<ul style="list-style-type: none"> ・接種券シールを貼付した予診票（ロット番号シールあり）【A】

※ アの場合における「接種当日に記入した予診票（ロット番号シールあり）」(A) 及びイの場合における「接種券シールを貼付した予診票の写し（ロット番号シールあり）」(E) は、予防接種を行う医療機関が作成する必要がある診療録に該当することから、接種実施医療機関において、原則として5年間保存すること。

以上

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。

※左隅に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください

住民票に記載されている住所	都 道 市 区 府 県 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受けたことがありますか。 接種日(1回目: 年 月 日、2回目: 年 月 日) 接種を受けたワクチン()	<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	○ 時間外(受付時間 :) ○ 休日 ○ 小児(6歳未満) ○ 予備① ○ 予備②
-------------	--

※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。

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
	シール貼付位置 ※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	<input type="checkbox"/> ml	実施場所 医師名	医療機関等コード 接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日 202 年 月 日

新型コロナワクチン接種記録書

Record of Vaccination for COVID-19

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

氏名 : _____

住所 : _____

生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

接種券番号: _____

新型コロナワクチンの接種を受けた方へ

- この接種記録書は、市町村が発行する接種済証ではありません。
- 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。)

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。



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。

Header form containing personal information: 住民票に記載されている住所 (Municipality/Town/Village), フリガナ (Name in Kana), 氏名 (Name), 生年月日 (Date of Birth), 性別 (Gender), 診察前の体温 (Temperature before examination).

券種 (Ticket Type) 2 (予診のみ), 請求先 (Requester) 〇〇県〇〇市, 券番号 (Ticket No.) 1234567890, 氏名 (Name) 厚生太郎, 3回目 (3rd time).



Main questionnaire table with columns: 質問事項 (Question), 回答欄 (Answer), 医師記入欄 (Physician's notes). Questions include: 新型コロナワクチンの接種を受けたことがありますか (Have you received a COVID-19 vaccine?), 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 (Is your current municipality the same as on the vaccine card?), 『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 (Have you read the explanation sheet and understood the effects/side effects?), 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 (Are you currently being treated for any illness?), 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 (Have you had a fever or illness in the last month?), 今日、体に具合が悪いところがありますか (Do you feel unwell today?), けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか (Have you had a seizure/spasm?), 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 (Have you had a severe allergic reaction to medicine/food?), 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 (Have you ever felt worse after a preventive vaccination?), 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 (Do you have a possibility of pregnancy or are you breastfeeding?), 2週間以内に予防接種を受けましたか (Did you get a preventive vaccination within 2 weeks?), 今日の予防接種について質問がありますか (Do you have questions about today's vaccination?).

Physician's notes section: 医師記入欄 (Physician's notes), 医師署名又は記名押印 (Physician's signature or stamp).

Medical institution recording section: 医療機関記入欄 (Medical institution recording), 〇 時間外(受付時間:) 〇 休日 〇 小児(6歳未満) 〇 予備① 〇 予備②

新型コロナワクチン接種希望書 (COVID-19 Vaccine Vaccination Request Form). 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 (After consulting with the doctor and understanding the effects/side effects, do you wish to be vaccinated?). 年 月 日 被接種者又は保護者自署 (Date and signature of the person being vaccinated or guardian).

Bottom section for vaccine details: ワクチン名・ロット番号 (Vaccine name/lot number), シール貼付位置 (Sticker placement), 接種量 (Injection amount) ml, 実施場所 (Implementation location), 医師名 (Physician name), 医療機関等コード (Medical institution code), 接種年月日 (Vaccination date).

接種券が届いていない追加接種対象者に対して接種を実施する場合の事務運用

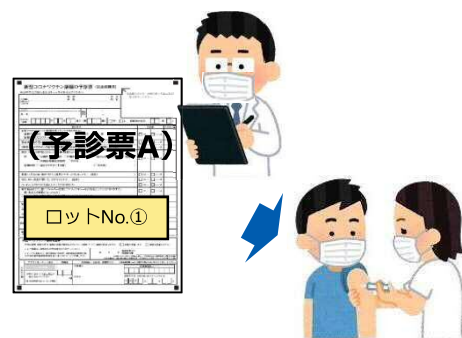
(1) 接種当日の医療機関等の事務

① 接種券の持参を依頼



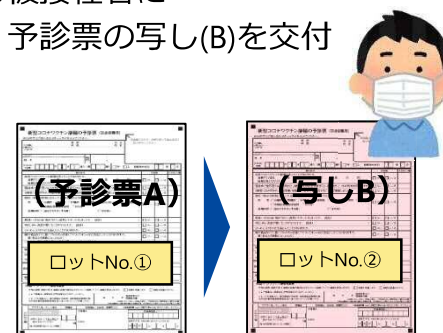
※後日、接種券の持参と転記作業が必要になる旨を予め説明。

② 予診・接種の実施



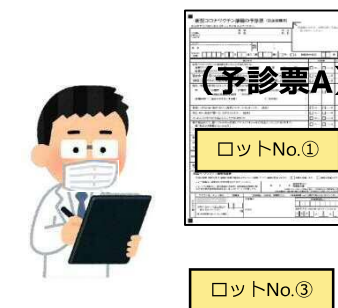
※接種券なしの予診票(A)に必要事項を記入
※1枚目のロット番号シールを貼付

③ 被接種者に予診票の写し(B)を交付



※予診票の写し(B)に2枚目のロット番号シールを貼付

④ 記入が完了した予診票(A)と残りのロット番号シールを保管



※最初に医療機関にある資材：接種券なしの予診票、ロット番号シール×3

ロットNo.①

ロットNo.②

ロットNo.③

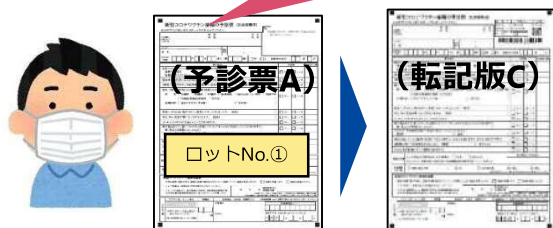
接種券が届いていない追加接種対象者に対して接種を実施する場合の事務運用

(2) 後日、接種券が提出された際の医療機関等の事務

ア. 接種券が接種券一体型予診票 (新様式) の場合

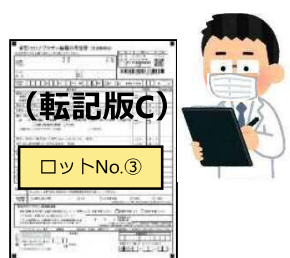
①被接種者に本人記入欄の転記を依頼

診療録として5年保存



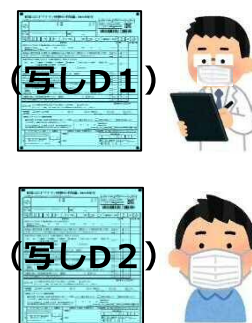
※被接種者が接種当日記入した予診票(A)の内容を持参した接種券一体型予診票(C)に転記

②医師記入欄の転記及びロット番号シールの貼付



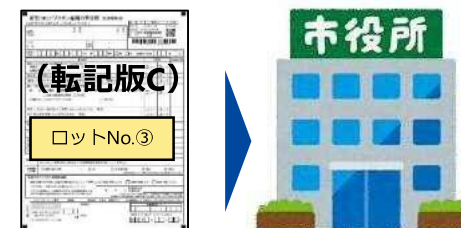
※保管していた3枚目のロット番号シールを貼付

③接種券一体型予診票(C)の写しを2部(D1,D2)発行(任意)



※1部は医療機関、1部は被接種者が保管

④転記が完了した接種券一体型予診票(C)を市町村又は国保連に送付



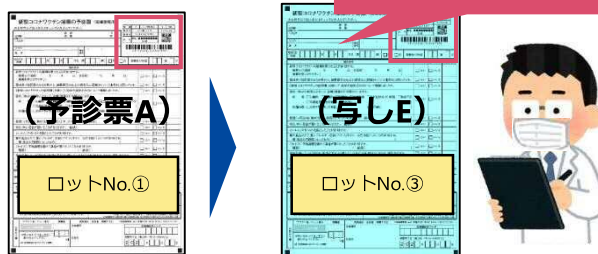
イ. 接種券が接種券 (兼) 接種済証 (シール型) の場合

①接種券シールを回収し、接種当日に記入した予診票(A)に貼付



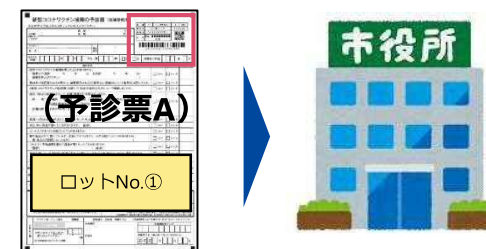
②予診票(A)の写し(E)を作成、保管

診療録として5年保存



※予診票の写しに3枚目のロット番号シールを貼付

③接種券シール貼付後の予診票(A)を市町村又は国保連に送付



(仮)
新型コロナウイルスワクチン接種の予診票(追加接種用)

※太枠内にご記入またはチェック を入れてください。

券種	2	(<input type="checkbox"/> 予診のみ)	3	回目
請求先	愛知県名古屋市中区			231002
券番号	*****			
氏名	*****			

※この用紙では費用請求できません。
 必ず接種券一体型予診票に転記してください。

住民票に記載されている住所										
フリガナ										
氏名										
生年月日(西暦)	年	月	日	生(満)	歳	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 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: 、 2回目:) 接種を受けたワクチン()	<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	
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"/> 血液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="text"/> : <input type="text"/>) <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
---------	---

※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。

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)

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	<input type="text"/> 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		医師名	接種年月日 ※記入例 4月1日→04月01日
(注)有効期限が切れていないか確認			202 年 月 日