

令和3年12月24日

市内高齢者施設 御中

名古屋市健康福祉局
新型コロナウイルス感染症対策部
新型コロナウイルス感染症対策室
高齢福祉部介護保険課

高齢者施設での新型コロナワクチンの追加接種（3回目接種） の取扱いについて

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。
新型コロナワクチンの追加接種については、2回目接種完了から原則8か月
以上経過した方が対象となりますが、この度、国の方針において、高齢者施設
の入所者及び従事者については、例外的に2回目接種完了から6か月以上経過
後であれば前倒しで対象とすることができる旨が示されました。

つきましては、下記のとおりご対応くださいますようお願いいたします。
なお、今後国等の方針により変更がある場合は、別途お知らせします。

記

1 接種時期の前倒しについて

(1) 対象者

高齢者施設の入所者及び従事者（18歳以上）

<高齢者施設の種別>

介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、
特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護
認知症対応型共同生活介護、養護老人ホーム、軽費老人ホーム
有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅

※高齢者施設に併設する次の通所サービス事業所を含みます。

通所介護、地域密着型通所介護、療養通所介護、認知症対応型通所介護、
通所リハビリテーション、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能
型居宅介護、短期入所生活介護、短期入所療養介護

(注) 各介護予防サービス及び介護予防・日常生活支援総合事業を含む。

(2) 追加接種が可能となる時期

2回目接種完了から6か月以上経過後であれば、追加接種を受けること
を可能とします。

<具体例>

令和3年7月2日に2回目接種を完了した入所者及び従事者は、令和4年1月2日以降に追加接種を受けることができます。

2 接種場所・接種券の有無等による対応の違い

接種には接種券が必要ですが、接種時期を前倒すことにより、接種券が接種日までに届かないことも想定されることから、一定の条件のもと、例外的に接種券が届いていなくても前倒し接種が可能な取扱いとします。

なお、例外的に接種券が届いていない方が前倒し接種を受ける場合には、必ず2回目接種完了から6か月以上経過していること、18歳以上であることを確認してください。確認の際には、1・2回目接種時の接種済証又は管理帳票（接種状況を管理する帳票。様式は任意。）等を活用してください。

<参考>接種券の送付について（名古屋市）

本市では、対象者に対し以下のとおり接種券を送付します。（市外に住民票がある方に対する接種券の送付時期等については、住民票がある市町村にお問い合わせください。）

ア 種類

追加接種では、接種券が予診票にあらかじめ印字された「接種券（予診票一体型）」を使用します。

イ 送付対象者

市内に住民票があり、本市において2回接種を完了したことが確認できた方に送付します。なお、2回接種後に名古屋市に転入した方は、別途発行に係る申請が必要です。

ウ 送付時期

2回接種を完了した日から原則8か月経過した日の数週間前を目途に送付することから、高齢者施設において接種時期を前倒しする場合は、接種券が届いていないことも想定されます。

エ 送付先・送付方法

住民票所在地に郵送します。

オ その他

1・2回目接種において従事者の接種に使用した「接種券付き予診票」は使用しません。

接種場所や接種券の有無等による対応の違いは次のとおりです。

（1）施設内で接種を行う場合

ア 接種券が届いている場合

届いた接種券を用いて接種を実施してください。

イ 接種券が届いていない場合

各接種対象者の接種履歴の確認、到着後の接種券の接種実施医療機関へ

の持参について、依頼元の施設が確実に実施できると接種実施医療機関が判断した場合に接種を実施することができます。

実施する場合は、接種実施医療機関の求めに応じて接種履歴がわかる書類を提示する等の対応を行ってください。

また、接種実施医療機関が準備する白紙予診票を用いて接種を受けさせ、後日、被接種者本人または施設職員等により、届いた接種券の予診票部分（医師記入欄を除く。）に白紙予診票の内容を転記する必要があります。ただし、本人署名欄は白紙予診票に署名した者が記載する必要がありますのでご注意ください。詳細は「例外的な取扱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」（別添参照）でご確認ください。

（2）施設外で接種を行う場合

ア 接種券が届いている場合

届いた接種券を用いて接種を実施してください。ただし、2回目接種完了から8か月以上経過していない方は、予約時及び接種時に接種実施医療機関に対して「前倒し接種の対象者である高齢者施設等の入所者又は従事者である」旨を伝える必要があることに留意してください。

イ 接種券が届いていない場合

原則は接種券到着後の接種とします。ただし、施設単位で接種の予約をするなど、各接種対象者の接種履歴の確認、到着後の接種券の接種実施医療機関への持参について依頼元の施設が確実に実施できると接種実施医療機関が判断した場合に接種を実施することができます。

実施する場合は、接種実施医療機関の求めに応じて接種履歴がわかる書類を提示する等、（1）イと同様の事務をお願いいたします。

なお、名古屋市が実施する集団接種会場での接種については、接種券が届き次第予約が可能となりますのでご注意ください。

3 必要な準備について

「高齢者施設での追加接種（3回目接種）に向けた準備について」（別紙）のとおり進めてください。

4 医療機関とのマッチング希望登録 <接種医が決まる見込みがない場合>

接種医が決まる見込みがない高齢者施設に対し、本市が接種実施医療機関とのマッチングを行います。

（1）対象施設

施設内接種を実施する高齢者施設のうち、接種実施医療機関が決まる見込みのない施設

（2）内容

令和4年1月17日(月)以降に受付を開始するマッチング希望登録を行った施設に対して、順次、市内の接種実施医療機関を紹介します。（接種実

施医療機関への依頼や日程調整等は、各施設において行っていただきます。）

(3) 登録方法・注意事項

次のいずれかの方法で登録サイトにアクセスしてください。

(1) URL : <https://logoform.jp/form/mx9C/42119>

(2) スマホ等で右記のコードを読み取り



登録開始日 令和4年1月17日(月)

主な登録内容：事業所情報（法人名、事業所名、所在地、
連絡先、施設長氏名）、施設内接種予定人数、等

(注) 施設の嘱託医等がワクチンの接種をすることができない場合でも、他に日ごろから施設と関係のある医療機関等に依頼する等により接種医療機関の確保に努めてください。

5 その他

(1) ワクチンの手配について

ワクチンの手配は接種実施医療機関が行います。本市では、ワクチンの接種実施医療機関への供給は、年明け1月初めから本格化します。ただし、在庫ワクチンの活用により接種可能な接種実施医療機関があれば、施設の接種体制が整い次第、追加接種を開始することも可能です。

なお、接種実施医療機関に対しては、1月中はファイザー社ワクチンを配送し、2月以降は国からのワクチン供給状況等を踏まえ別途示す旨をお知らせしています。

(2) 他の予防接種との接種間隔について

前後に新型コロナワクチン以外の予防接種を行う場合においては、原則として13日以上の間隔をおく必要があることにご留意ください。

(3) 追加接種に係るQ&Aについて

今後、NAGOYAかいごネットに掲載予定ですので、適宜ご確認ください。掲載ページは次のとおりです。

URL: <https://www.kaigo-wel.city.nagoya.jp/view/kaigo/company/docs/2021122000011/>

【お問い合わせ先】

○ワクチン接種の一般的なこと

なごや新型コロナウイルスワクチンコールセンター

電話：050-3135-2252

○高齢者施設でのワクチン接種事業に関すること

健康福祉局新型コロナウイルス感染症対策部
新型コロナウイルス感染症対策室ワクチンG

電話：052-972-4389

高齢者施設での追加接種（3回目接種）に向けた準備について

新型コロナワクチン（以下「ワクチン」という。）の追加接種を実施する高齢者施設は、次の通り準備を行ってください。

高齢者施設に併設する通所サービス事業所の利用者及び従事者についても同様に前倒しが可能であり、同時に接種を受ける場合の接種事務（接種計画の策定、接種医との調整等）については、基本的に高齢者施設がまとめて行うことを想定しています。

その場合に当該併設事業所が行うべき準備については、この内容を基にお示しください。

1 接種時期の確認

入所者及び従事者について、接種対象者となる時期を確認してください。確認方法は、接種券が届いている方はその接種券を、まだ届いていない方は1・2回目接種時の接種済証又は接種状況等を管理する帳票（以下「管理帳票」という。）等があります。（例外的に施設外で接種を受ける入所者及び従事者についても行ってください。）

なお、前後に他の予防接種を行う場合においては、原則として13日以上の間隔をおく必要があることにご留意ください。

2 接種実施医療機関の確保と接種計画の作成

接種実施医療機関に接種を依頼し、接種医と接種計画を立ててください。当該計画の内容について、本市が照会する場合があります。

万が一、接種医が決まる見込みがない場合は、通知本文中の4（3）に沿って本市へマッチング希望登録をしてください。希望登録を行った施設に対し、高齢者施設内での接種を行う意向のある市内の接種実施医療機関を紹介します。（マッチング希望登録の受付は令和4年1月17日以降の開始を予定していますので、できる限り施設において接種実施医療機関を確保できるよう努めてください。）

3 入所者及び従事者への説明・意向確認

入所者及び従事者に対しワクチンの追加接種について説明（2回接種完了から8か月以上の経過を待たずに実施する場合はその旨も含む。）し、接種の希望の有無を確認してください。

説明は、必要に応じて、別途お示しする説明資料「高齢者施設での新型コロナワクチン追加接種（3回目接種）のお知らせ」や、その他厚生労働省や本市等が作成した資料等を活用しながら丁寧に行ってください。

4 対象者・進捗状況等の管理

接種対象者や管理帳票（様式は任意）等の作成により、接種の進捗状況を適切に管理してください。接種実績について本市が報告を求める場合があります。

5 接種券（予診票一体型）の確認・管理等

- ① 施設以外の住所に接種券が届く場合に、その受取人に対し、本人の元に送付・持参等することを依頼
- ② 接種券を紛失しないよう保管の補助（入所者等の同意により施設が預かることは差し支えありません。）
- ③ 接種券が届かない、届いたが紛失した等の方に対して、必要に応じて発行・再発行手続きの補助

6 接種日までに接種券が届かない場合等の特別な事務

接種券が届かない方が接種を受ける場合には、施設において、通常の事務に加えて特別な事務が必要です。

（1）施設内で接種を行う場合

ア 接種券が届いている場合

届いた接種券を用いて接種を行ってください。

イ 接種券が届いていない場合

- ① 入所者及び従事者の接種管理を高齢者施設が確実に行うことができると医療機関が判断した場合に接種を実施することができます。そのため、接種日に接種券が届いていない方については、接種券に代わり、1・2回目接種時の接種済証等の接種履歴を確認できるものを接種実施医療機関に提示する準備をしてください。
- ② 接種券の代わりに接種実施医療機関が用意する白紙予診票を用いて接種を行います。後日、被接種者本人または施設職員等により、届いた接種券の予診票部分（医師記入欄を除く。）に白紙予診票の内容を転記する必要があります。ただし、本人署名欄は白紙予診票に署名した者が記入する必要がありますのでご注意ください。

「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」

- ③ 後日、到着後の接種券を医療機関に提出する必要があります。

（2）施設外で接種を行う場合

ア 接種券が届いている場合

届いた接種券を用いて接種を行ってください。ただし、2回目接種完了から8か月以上経過していない方は、予約時及び接種時に医療機関に対して「前倒し接種の対象者である高齢者施設等の入所者又は従事者である」

旨を伝える必要があることに留意してください。

イ 接種券が届いていない場合

原則は接種券到着後の接種とします。ただし、施設単位で接種の予約をするなど、各接種対象者の接種履歴の確認、到着後の接種券の医療機関への持参について依頼元の施設が確実に実施できると医療機関が判断した場合に接種を実施することができます。

実施する場合は、医療機関の求めに応じて接種履歴がわかる書類を提示する等、(1)イ②及び③と同様の事務をお願いいたします。

なお、名古屋市が実施する集団接種会場での接種については接種券が届き次第予約が可能となりますのでご注意ください。

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)	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。	

医療機関記入欄	<input type="checkbox"/> 時間外(受付時間 :) <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 <small>※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。</small>
---------	---

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。(<input type="checkbox"/> 接種を希望します ・ <input type="checkbox"/> 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 <small>(※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)</small>

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 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 information form including residence (都道府県, 市区町村), name (フリガナ, 氏名), birth date (生年月日), sex (男/女), and temperature (診察前の体温). Includes a QR code and a barcode with number 231234561234567890.

Main questionnaire table with columns: 質問事項 (Question), 回答欄 (Answer), 医師記入欄 (Physician's notes). Questions cover vaccination history, current health status, and pregnancy.

Physician's notes section (医師記入欄) for recording the results of the consultation and vaccination.

Medical institution recording section (医療機関記入欄) for recording time, day, and age group.

Section for recording vaccination wishes (新型コロナワクチン接種希望書) and a signature area for the recipient or guardian.

Bottom section for recording vaccine details (ワクチン名・ロット番号), dosage (接種量), and implementation location (実施場所).

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

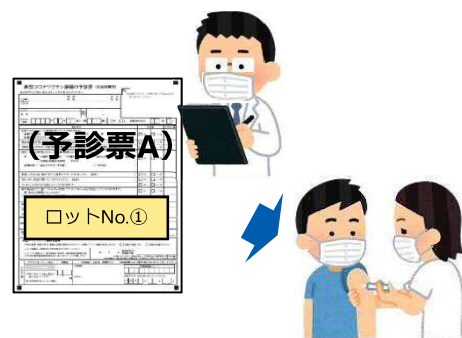
(1) 接種当日の医療機関等の事務

① 接種券の持参を依頼



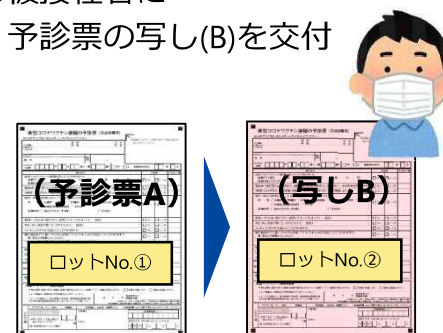
※後日、接種券の持参と転記作業が必要になる旨を予め説明。

② 予診・接種の実施



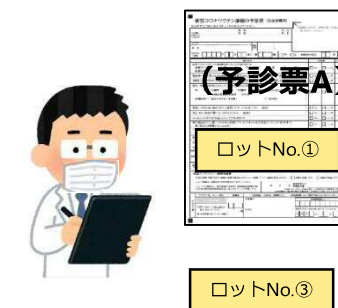
※接種券なしの予診票(A)に必要事項を記入
※1枚目のロット番号シールを貼付

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

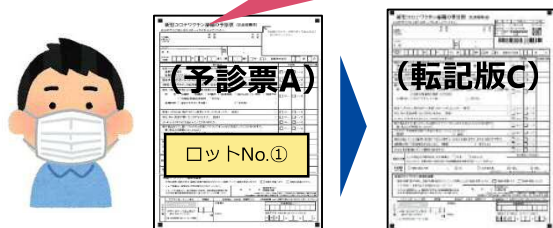
接種券が届いていない追加接種対象者に対して接種を実施する場合の事務運用

(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

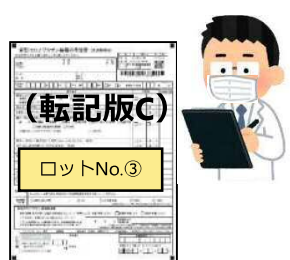
①被接種者に本人記入欄の転記を依頼

診療録として5年保存



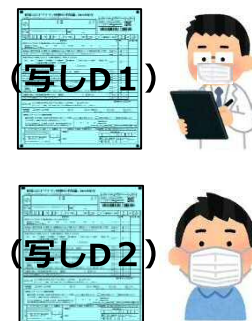
※被接種者が接種当日記入した予診票(A)の内容を持参した接種券一体型予診票(C)に転記

②医師記入欄の転記及びロット番号シールの貼付



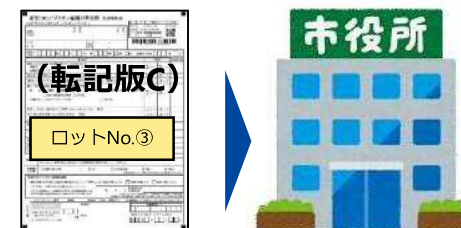
※保管していた3枚目のロット番号シールを貼付

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



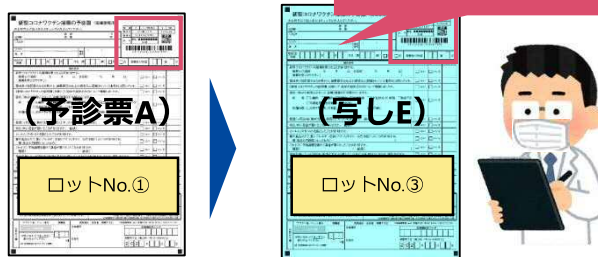
イ. 接種券が接種券 (兼) 接種済証 (シール型) の場合

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



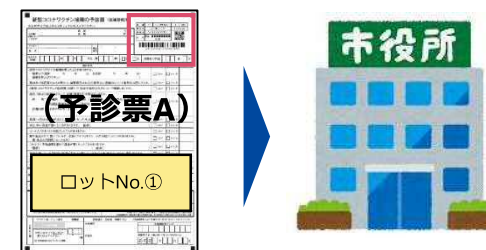
②予診票(A)の写し(E)を作成、保管

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="radio"/> 時間外(受付時間 _____ : _____) <input type="radio"/> 休日 <input type="radio"/> 小児(6歳未満) <input type="radio"/> 予備① <input type="radio"/> 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			2022年 月 日