

令和4年5月30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4回目接種について

日頃は、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（4回目接種）については、3回目接種完了から原則5か月以上経過した60歳以上の者及び18歳以上60歳未満の者のうち、基礎疾患を有する者その他新型コロナウイルス感染症にかかった場合の重症化リスクが高いと医師が認める者（参考3参照）が対象となります。

つきましては、接種を希望する入所者及び従事者（以下「入所者等」という。）が早期に接種を受けられるよう、下記の通り接種体制の構築に努めてください。
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 4回目接種の概要

（1）対象者

3回目接種完了から5か月以上経過した

① 60歳以上の者

② 18歳以上60歳未満の者のうち、基礎疾患を有する者その他新型コロナウイルス感染症にかかった場合の重症化リスクが高いと医師が認める者

※上記に該当しない入所者等は、4回目接種の対象ではないことにご留意下さい。基礎疾患の定義等、接種対象者の詳細については、参考3をご参照ください。

（2）接種券送付にかかる申請の要否

本市では、接種券の送付について以下のように取扱います。従来と異なり、接種券の送付には事前に申請が必要となる場合があります。

（ア）事前申請なしで接種券が送付される方

- ・60歳以上の方
- ・18歳以上60歳未満の方で、各種障害者手帳等をお持ちの方
- ・18歳以上60歳未満の方で、1・2回目接種において基礎疾患を有する者

として接種を受けた方

※詳細については、参考3をご参照ください。

(イ) 申請に基づき、接種券が送付される方

・上記(ア)以外の方

※接種券送付についての考え方は市区町村によって異なります。他市区町村に住民登録をされている方については、そちらの市区町村に詳細をご確認ください。

2 取り組んでいただく事務

(1) 接種対象者の確認

接種券をお持ちの方にも4回目接種の対象とならない方が含まれていることに留意し、接種を受けられる方が国の示す要件を満たしているかを必ずご確認ください。また、接種を実施していただくようお願いいたします。

(例えば、身体障害者手帳保持者は申請なしでの接種券発送対象者ですが、60歳未満で基礎疾患がなく、重症化リスクが高いと医師が認めない場合については、接種券を保持していても4回目接種を受けることができません。)

※基礎疾患、重症化リスクの有無については、主治医に事前にご確認いただく他、接種会場での予診の際にもご確認いただけます。

(2) 接種時期の確認

入所者等のうち、4回目接種の対象となる方について、接種が可能となる時期を確認してください。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1~3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。)等により確認が可能です。(例外的に施設外で接種を受ける入所者等についても行ってください。)

(3) 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。

(4) 入所者等への説明・意向確認

4回目接種の対象となる方に対し今回の接種について説明し、接種の希望の有無を確認してください。

説明は、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。

(5) 接種券の管理等

(ア) 施設以外の住所に入所者の接種券が届く場合には、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してください。

(イ) 接種券を紛失しないよう保管の補助をお願いいたします。(入所者の同意により施設が預かることは差し支えありません。)

(ウ) 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をお願いいたします。

<4回目接種にかかる接種券発行・再発行について>

<https://www.city.nagoya.jp/kenkofukushi/page/0000153225.html>

(エ) 本市の接種券送付対象者で、4回目接種の対象とならない方の接種券については、破棄していただいて差し支えありません。

(6) 対象者・進捗状況等の管理

管理帳票(様式は任意)等の作成により、接種の対象者及び進捗状況を適切に管理してください。

※ 高齢者施設に併設する通所サービス事業所の利用者が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。

3 その他

(1) 接種実績の照会について

接種実績について本市から照会があった場合には、その報告にご協力ください。

(2) 接種医が決まる見込みがない場合について

1～3回目接種の際の接種実施医療機関に依頼する等により接種医療機関の確保に努めたにも関わらず、接種医が決まる見込みがない場合については、接種実施医療機関とのマッチングを実施いたしますので、新型コロナウイルス感染症対策室ワクチンGまでご連絡ください。

(3) 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が、配送数について上限量を設けております。高齢者施設の入所者等への施設内接種を実施する場合は、モデルナ社ワクチンに限り上限量を上乗せして供給できますので、モデルナ社ワクチンの積極的な活用をご検討ください。

なお接種実施医療機関に対しては、別途通知を発出しております。

(4) 接種券無しでの接種について

接種には原則接種券が必要ですが、5か月以上経過したにも関わらず、接種券が接種日までに届いていないなど、やむを得ない事情がある場合は、例外的に接種券が届いていなくても接種が可能です。詳細は令和3年12月23

日付の「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」（別添参照）をご参照ください。

（５） 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。

（６） 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/2022052700040/>

【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
--	-----------------

<参考1> 本通知における高齢者施設の定義

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。

<参考2> 接種券の送付について

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 3 回目接種を完了したことが確認できた方に送付します。なお、3 回目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

3 回目接種を完了した日から原則 5 か月経過した日を目途に送付します。

エ 送付先・送付方法

住民票所在地に郵送します。

<参考 3> 4 回目接種の対象者及び本市が申請なしで接種券を送付する方

4 回目接種の対象者	申請なしで接種券を送付する方
60 歳以上の方	60 歳以上の方
18 歳以上 60 歳未満の方で下記の重症化リスクの高い基礎疾患を有する方 (1) 以下の病気や状態の方で、通院／入院している方 ア 慢性の呼吸器の病気 イ 慢性の心臓病（高血圧を含む。） ウ 慢性の腎臓病 エ 慢性の肝臓病（肝硬変等） オ インスリンや飲み薬で治療中の糖尿病又は他の病気を併発している糖尿病 カ 血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。） キ 免疫の機能が低下する病気（治療中の悪性腫瘍を含む。） ク ステロイドなど、免疫の機能を低下させる治療を受けている ケ 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患 コ 神経疾患や神経筋疾患が原因で身体の機能が衰えた状態（呼吸障害等） サ 染色体異常 シ 重症心身障害（重度の肢体不自由と	18 歳以上 60 歳未満の方で下記の障害者手帳及び医療受給者証等を所持している方及び 1・2 回目接種において基礎疾患を有する者として接種を受けた方 (1) 身体障害者手帳 (2) 愛護（療育）手帳 (3) 精神障害者保健福祉手帳 (4) 自立支援医療受給者証 (5) 小児慢性特定疾病医療受給者証 (6) 特定医療費受給者証等 ア 特定医療費（指定難病） イ 名古屋市特定疾患医療給付事業 ウ 先天性血液凝固因子障害等治療研究事業 エ 愛知県特定疾患医療給付事業

<p>重度の知的障害とが重複した状態)</p> <p>ス 睡眠時無呼吸症候群</p> <p>セ 重い精神疾患(精神疾患の治療のため入院している、精神障害者保健福祉手帳を所持している、又は自立支援医療(精神通院医療)で「重度かつ継続」に該当する場合)や知的障害(療育手帳を所持している場合)</p> <p>(2) 基準(BMI 30以上)を満たす肥満の方</p> <p>BMI 30の目安:身長170cmで体重約87kg、身長160cmで体重約77kg</p>	
<p>その他新型コロナウイルス感染症にかかった場合の重症化リスクが高いと医師が認める者</p>	

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) ③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。(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	<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

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), 氏名 (Name), 生年月日 (Date of Birth), 性別 (Gender), 診察前の体温 (Body Temperature). Includes a QR code and a barcode with the number 231234561234567890.

Main questionnaire table with columns: 質問事項 (Question), 回答欄 (Answer), 医師記入欄 (Physician's Record). 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 (Did you understand the effects and side effects after reading the explanation sheet?), 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 (Did you have a fever or get sick 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 any medicine or 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 record section: 医師記入欄 (Physician's Record) with text: 以上の問診及び診察の結果、今日の接種は (Possible / See notes), 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。 (Explained to the patient...), 医師署名又は記名押印 (Physician's signature or stamp).

Medical institution record section: 医療機関記入欄 (Medical Institution Record) with options: 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. Note: ※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 (COVID-19 Vaccine Vaccination Request Form). Text: 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。 (I have understood the effects and side effects after the doctor's examination and explanation, and I want to get vaccinated.) Includes a date field for the patient or guardian and a note: ※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 (If you cannot sign, the proxy signer must sign and provide their name and relationship to the vaccinee). ※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 (If the vaccinee is under 16, the guardian signs; if an adult ward, the ward or guardian signs).

Vaccination details section: 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) in ml, 実施場所 (Implementation location), 実施場所・医師名・接種年月日 (Implementation location/doctor name/vaccination date), 医療機関等コード (Medical institution code), 接種年月日 (Vaccination date). Includes a note: ※注)有効期限が切れていないか確認 (Note: Check if the expiration date has passed).

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

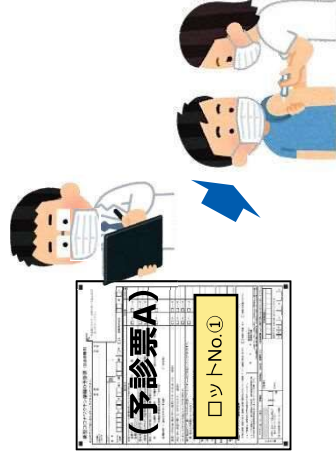
(1) 接種当日の医療機関等の事務

① 接種券の持参を依頼



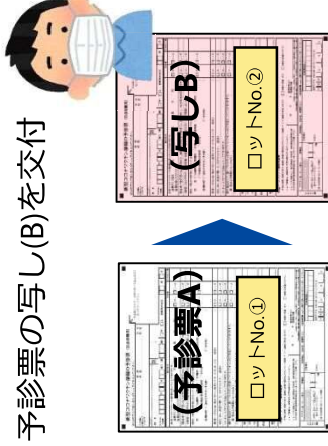
※後日、接種券の持参と転記作業が必要になる旨を予め説明。

② 予診・接種の実施



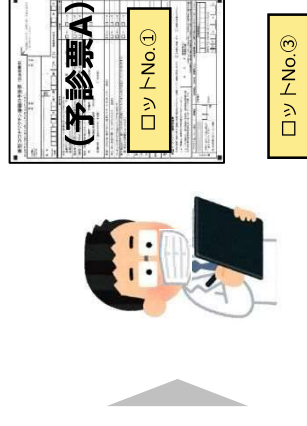
※接種券なしの予診票(A)に必要事項を記入
※1枚目のロット番号シールを貼付

③ 被接種者に
予診票の写し(B)を交付

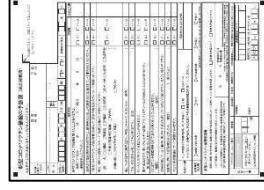


※予診票の写し(B)に2枚目の
ロット番号シールを貼付

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

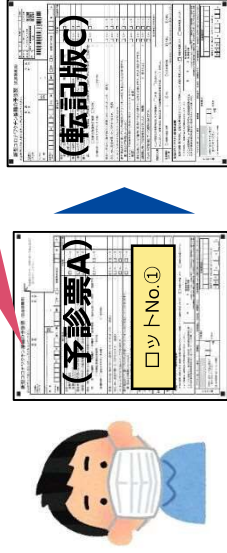
接種券が届いていない追加接種対象者に対して接種を実施する場合の事務運用

(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

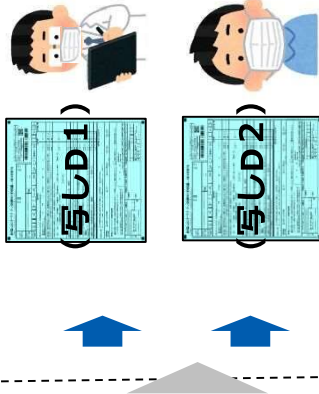
② 医師記入欄の転記及び

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

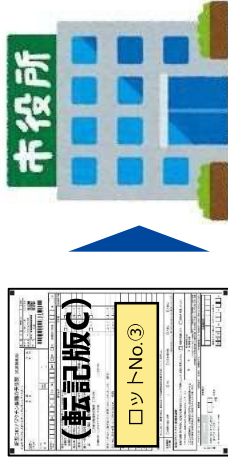
③ 接種券一体型予診票(C)の写しを2部(D1,D2)発行(任意)



※1部は医療機関、1部は被接種者が保管

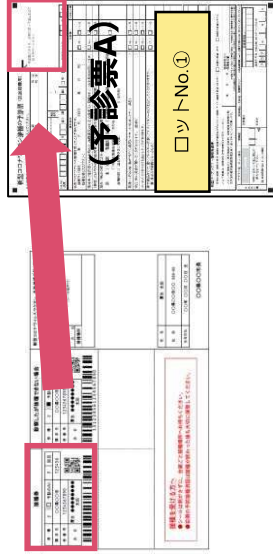
④ 転記が完了した

接種券一体型予診票(C)を市町村又は国保連に送付



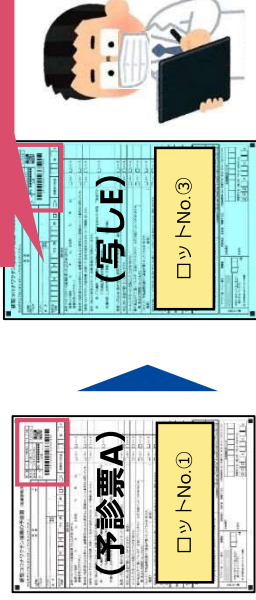
イ. 接種券が接種券（兼）接種済証（シール型）の場合

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

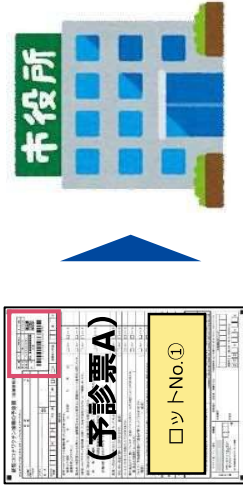


② 予診票(A)の写し(E)を作成、保管

診療録として5年保存



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



※予診票の写しに3枚目のロット番号シールを貼付