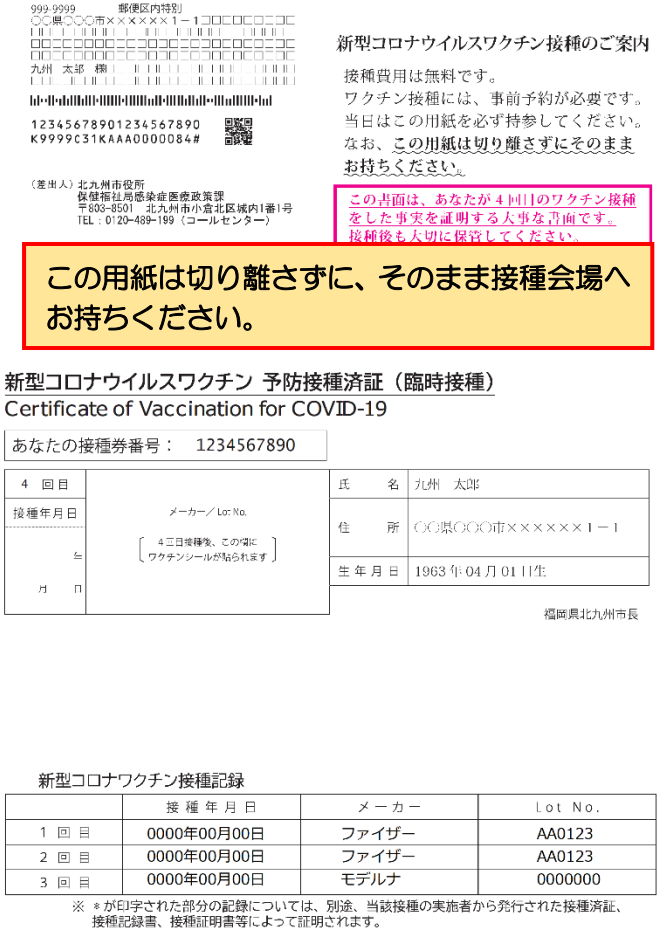
予診票の記入について

４回目接種では、接種券に予診票・予防接種済証が付いています。予診票 は事前に記入をお願いします。



999-9999　郵便区内特別
○○県○○市××××１－１
九州　太郎　様
12345678901234567890
K9999C31KAAA0000084#

（差出人）北九州市役所
保健福祉局感染症医療政策課
〒803-8501　北九州市小倉北区城内1番1号
TEL：0120-489-199（コールセンター）

新型コロナウイルスワクチン接種のご案内

接種費用は無料です。
ワクチン接種には、事前予約が必要です。
当日はこの用紙を必ず持参してください。
なお、この用紙は切り離さずにそのままお持ちください。

この書面は、あなたが４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。
接種後も大切に保管してください。

この用紙は切り離さずに、そのまま接種会場へお持ちください。

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：　1234567890

4 回目	メーカー／Lot No.	氏　名	九州　太郎
接種年月日	4回目接種後、この欄にワクチンシールが貼られます	住　所	○○県○○○市××××××１－１
年　月　日		生年月日	1963年04月01日生

福岡県北九州市長

新型コロナワクチン接種記録

	接種年月日	メーカー	Lot No.
1 回目	0000年00月00日	ファイザー	AA0123
2 回目	0000年00月00日	ファイザー	AA0123
3 回目	0000年00月00日	モデルナ	0000000

※ ＊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。

切り取らずに接種場所にお持ちください。

北九州市　C401005

新型コロナワクチン接種券一体型予診票（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。

住民票に記載されている住所	○○県○○市 ／ ××××××１－１
フリガナ	キュウシュウ　タロウ
氏　名	九州　太郎
電話番号	（　　）　－

券種 2（□ 予診のみ） 4 回目
請求先 ○○県○○市 498765
券番号 1234567890
氏　名 九州　太郎

23498765123456789O
23498765123456789O

生年月日（西暦） 1963年04月01日生（満　歳） □男・☑女　診察前の体温　　度　　分

質問事項	問診欄	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。 接種回数（　回）　前回の接種日（　年　月　日） 前回接種を受けた新型コロナワクチンの種類（　）	□はい □いいえ	①
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 □いいえ	②
「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。	□はい □いいえ	③
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　□気管に管が挿入されている　□その他（　） 治療内容：□血をサラサラにする薬（　）　□その他（　）	□はい □いいえ	④
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 □いいえ	⑤
今日、体に具合が悪いところがありますか。　症状（　）	□はい □いいえ	
けいれん（ひきつけ）をおこしたことがありますか。	□はい □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（　）	□はい □いいえ	⑥
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 □いいえ	
現在妊娠している可能性（月経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 □いいえ	⑦
2週間以内に予防接種を受けましたか。　種類（　） 受けた日（　年　月　日）	□はい □いいえ	⑧
今日の予定接種について質問がありますか。	□はい □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（□ 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制度に関する説明を行った。
医師署名又は記名押印

実施機関記入欄　○時間外（受付時間　：　～　：　）　○休日　○小児（6歳未満）　○予備1　○予備2

⑨

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、接種の安全性の評価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、医民間企業等中央会及び医薬品医療機器総合機構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（代筆可）

接種記入欄　ワクチン名・ロット番号　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
接種量　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 3→04月 0 日
2 0 2 □ 年 □□ 月 □□ 日

① ３回目の接種記録が印字されています。「いいえ」の場合はコールセンター（0120-489-199）へお問合せください。

② 「いいえ」の場合は、住民票のある市町村で接種券発行手続きを行ってください。

③ 同封されている「ワクチンの説明書」をご覧ください。

④ 事前にかかりつけ医にご確認ください。

⑤ 具合が悪いときは接種を控え、体調の良いときに接種してください。

⑥ 「はい」の場合は、事前にかかりつけ医などにご相談ください。

⑦ 「はい」の場合は、２週間経過後に接種してください。

⑧ 質問がある場合は事前に、かかりつけ医や、福岡県ワクチン専用ダイヤル(医学的相談対応)0570-072-972 などでご相談いただくと安心です。

⑨ 【事前記入不要】接種当日に会場で記入する欄であり、事前記入は不要です。