

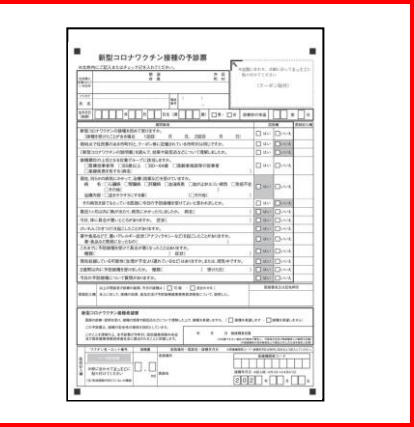
しんがたころな わくちんせつしゅ ちゅうしゃ と き も
新型コロナの ワクチン接種（注射）の時に 持っていく
 よしんひょう ちゅうしゃ だいじょうぶ かくにん かみ
予診票（注射をしても 大丈夫かを 確認する紙）の
か
書きかた

わくちんせつしゅ ちゅうしゃ と き も
ワクチン接種（注射）の時に 持っていくもの

1 **ワクチン接種券（注射の券）**
 し まち とど ふうとう はい
市や 町から 届いた封筒に 入って
います。



2 **予診票（注射をしても 大丈夫かを 確認する紙）**
 よしんひょう ちゅうしゃ だいじょうぶ
 かくにん かみ
確認する紙）
 し まち とど ふうとう はい
市や 町から 届いた封筒に 入って
います。
※この紙の 書きかたの 説明をします。



3 **本人を 確認するもの**
 りょういくてちょう な けんこうほけんしょう
療育手帳（無いときは 健康保険証）



4 **お薬手帳**
 も 持っているときは も 持って行ってください



★ **注射は 肩にします。**
 ちゅうしゃ ひ かた だ
注射をする日は 肩を 出すことが
できる服で 行ってください。



よしんひょう ちゅうしゃ だいじょうぶ かくにん かみ か
 予診票 (注射をしても 大丈夫かを 確認する紙) の 書きかた

か
 ・ 答えることが できるところは 書いてください。



か
 ・ 書いたものを 消すことができる ボールペンは

つか
 使わないでください。



新型コロナウイルス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。

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	日生 (満	歳)	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	診察前の体温	度	分

※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
(クーポン貼付)

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	
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()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他()		
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 (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

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)
 (※被接種者が成年被保険者の場合は本人又は成年被保者自署)

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
シール貼付位置	ml	医師名	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

接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
 202 年 月 日

① 市や町からの封筒が届いた住所を書きます。

◆ 注射の券は係りの人が貼ります。
◆ 何もしないでください。

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

※太枠内に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	① 道 県	市 区 町 村
フリガナ	氏 名	②
フリガナ	氏 名	③
生年月日	年 月 日	性別 (満 歳)

※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 (クーポン貼付)

② 名前を書きます。

③ 電話番号を書きます。

⑤ 何歳かを書きます。
□の中に数字を一つ一つ書きます。

⑥ 男の人か女の人かを選びます。

生年月日 (西暦)	④	年	月	日	生 (満)	⑤	歳	性別	⑥	診察前の体温	度	分
-----------	---	---	---	---	-------	---	---	----	---	--------	---	---

質問事項 新型コロナワクチンの接種を初めて受けますか。

◆ 体温は係りの人が注射の前に測ります。
◆ 何も書かないでください。


④ 誕生日 (年・月・日) を書きます。
□の中に数字を一つ一つ書きます。

いつもん こ
質問は 14個あります。


「□ はい」か 「□ いいえ」の □ のところに を 書いてください。

	質問事項	回答欄	医師記入欄
あ	新型コロナウイルス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	

あ の質問 : 新型コロナの ワクチン接種 (注射) を しましたか?

 新型コロナの 1回目の ワクチン接種 (注射) を している時


- ・「□ はい」の □ のところに を 書いてください。
- ・「1回目 月 日」のところに 注射をした日を 書いてください。

 新型コロナの ワクチン接種 (注射) が 初めての時

- ・「□ いいえ」の □ のところに を 書いてください。

い	新型コロナウイルス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	
	「新型コロナウイルスの説明書」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	

い の質問 : 封筒に 書いてある 住所の 市や 町の名前と
ワクチン接種券 (注射の券) に 書いてある
市や 町の名前は 同じですか?

 市や 町の名前が 同じ時

- ・「□ はい」の □ のところに を 書いてください。

15 しや まち なまえ ちが とき
市や町の名前が違う時

・「 いいえ」の のところに を書いてください。

う	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"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

□医療従事者等 □65歳以上 □60～64歳 □高齢者施設等の従事者

うの質問： しつもん しんがたころな わくちんせっしゅ ちゅうしゃ ちゅうい
新型コロナの ワクチン接種（注射）で 注意が
ひつよう き
必要なことや 気をつけることが わかりましたか？

15 ちゅうい ひつよう き とき
注意が 必要なことや 気をつけることが わかった時

・「 はい」の のところに を書いてください。

15 ちゅうい ひつよう き とき
注意が 必要なことや 気をつけることが わからない時

・「 いいえ」の のところに を書いてください。

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"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	□医療従事者等 □65歳以上 □60～64歳 □高齢者施設等の従事者 □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(持薬など)を受けていますか。

えの質問： しつもん しんがたころな わくちんせっしゅ ちゅうしゃ じゅんばん
新型コロナの ワクチン接種（注射）をする 順番が
はや ぐるーぷ はい
早くできるグループに 入っていますか？

※「わくちんせっしゅ ちゅうしゃ じゅんばん はや ぐるーぷ
ワクチン接種（注射）をする 順番が 早くできるグループ」

・「いりょうじゅうじしゃとう びょういん はたら ひと
医療従事者等」 ⇒ 病院で 働いている人


・「さいいじょう さい ひと
65歳以上」 ⇒ 65歳を こえている人

・「さい さい さい ひと
60～64歳」 ⇒ 60歳から 64歳まで の人

・「高齢者施設等の従事者」 ⇒ おじいさんや おばあさんが 通う
施設等で 働いている人

・「基礎疾患を有する」 ⇒ 昔から 病気をしている人

療育手帳や 他の 障害者手帳を 持っている人は
「基礎疾患を有する」グループに なります。

 順番が 早くできるグループに 入っている時

・「□ はい」の □ のところに を 書いてください。

・質問の下にある あてはまる場所の □ に を 書いてください。

 順番が 早くできるグループに 入っていない時

・「□ いいえ」の □ のところに を 書いてください。

お	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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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()	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ		
	治療内容： <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他()						

おの質問： 今、 病院に行って 病気を 治していますか？
薬を もらっていますか？

※次のような 病気や 薬になります。

・「心臓病」 ⇒ 体の中にある 心臓に 病気がある人

・「腎臓病」 ⇒ 体の中にある 腎臓に 病気がある人

・「肝臓病」 ⇒ 体の中にある 肝臓に 病気がある人

けつえきしっかん からだ なか なが ち びょうき ひと
・「血液疾患」 ⇒ 体の中を 流れている 血に 病気がある人

ち と びょうき
・「血が止まりにくい 病気」

ち さらさら くすり
・「血をサラサラにする 薬」

くすりてちょう も ひと わくちんせっしゅ ちゅうしゃ
★お薬手帳を 持っている人は、ワクチン接種（注射）を
う 受けるときに も 持って行ってください。



びょういん い びょうき なお ひと
☞ 病院に行って 病気を 治している人

・「□ はい」の □ のところに を 書いてください。

しつもん した しかく か
・質問の下にある あてはまる場所の □ に を 書いてください。

びょうき ひと
☞ 病気に なっていない人

・「□ いいえ」の □ のところに を 書いてください。

	<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()			
か	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	

しつもん びょういん い ひと き
☞ の質問 : 病院に 行っている人に 聞きます。

びょういん せんせい わくちんせっしゅ ちゅうしゃ
病院的先生は ワクチン接種（注射）をしてもいいと
い 言っていましたか？

わくちんせっしゅ ちゅうしゃ い ひと
☞ ワクチン接種（注射）をしてもいいと 言われている人


・「□ はい」の □ のところに を 書いてください。

わくちんせっしゅ ちゅうしゃ い ひと
☞ ワクチン接種（注射）をしてもいいと 言われていない人

・「□ いいえ」の □ のところに を 書いてください。


き	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

きの質問 : 1か月の間に 病気をしましたか？
 病気の名前を 教えてください。

 1か月の間に 病気を していた人

・「 はい」の のところに を 書いてください。


・質問の横にある 「病名 ()」のところに 病気の名前を 書いてください。

 1か月の間に 病気を していなかった人

・「 いいえ」 の のところに を 書いてください。

く	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

くの質問 : 今日、 体の 具合が悪いところは ありますか？

 体の 具合が悪いところがある人

・「 はい」の のところに を 書いてください。

・質問の横にある 「症状 ()」のところに 体の 具合が 悪いところを 書いてください。

15 からだ ぐあい わる ひと
体の具合が悪いところがない人

・「 いいえ」の のところに を書いてください。

け	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 checked="" 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 checked="" 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ

けの質問： しつもん いま て あし ふる
 今までに、けいれん(手や足が震えること)や
 てんかんに なったことは ありますか？

15 けいれん て あし ふる
**けいれん(手や足が震えること)や てんかんに なったことが
 ある人**

・「 はい」の のところに を書いてください。

15 けいれん て あし ふる
**けいれん(手や足が震えること)や てんかんに なったことが
 ない人**

・「 いいえ」の のところに を書いてください。


こ	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。	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	薬・食品など原因になったもの()	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ

この質問： しつもん いま くすり た もの きぶん わる
 今までに、薬や食べ物で気分が悪くなったことや、
 からだ 体が かゆくなったことは ありますか？

15 きぶん わる からだ
気分が悪くなったことや 体が かゆくなったことが ある人

・「 はい」の のところに を書いてください。


- ・質問の下にある 「()」 のところに ^{きぶん わる} 気分が悪くなった時に ^{とき} 飲んでいた ^{くすり} 薬 や ^{たもの なまえ} 食べ物の名前を ^か 書いてください。

 ^{きぶん わる} 気分が悪くなったことや ^{からだ} 体が ^か かゆくなったことが ^{ひと} ない人

- ・「 いいえ」 の ^{しかく} のところに を ^か 書いてください。

さ	薬・食品など原因になったもの()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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

さの質問 : ^{しつもん いま} 今までに、^{よぼうせっしゅ ちゅうしゃ} 予防接種(注射)をして ^{きぶん} 気分が ^{わる} 悪くなったことが ^{あります} ありますか?
ある時は、^{とき} どの ^{なに} 何の ^{ちゅうしゃ} 注射を ^{した} したときでしたか?

 ^{よぼうせっしゅ ちゅうしゃ} 予防接種(注射)をして ^{きぶん わる} 気分が悪くなったことが ^{ある} 人

- ・「 はい」 の ^{しかく} のところに を ^か 書いてください。

- ・質問の下にある 「種類()」 のところに ^{きぶん わる} 気分が悪くなった ^{とき} 時に ^{ちゅうしゃ} どのような注射をしたのかを ^か 書いてください。

- ・質問の下にある 「症状()」 のところに ^{からだ} 体が ^か どのように ^な なったのかを ^か 書いてください。

 ^{よぼうせっしゅ ちゅうしゃ} 予防接種(注射)をしても ^{なん} 何も ^お 起こらなかった人

- ・「 いいえ」 の ^{しかく} のところに を ^か 書いてください。

種類() 症状()			
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
少期間以内に予防接種を受けましたか。 種類()		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

^{しつもん} ^{いま} ^{なか} ^{あか}
しの質問 : 今、おなかの中に赤ちゃんがいますか？
^{いま} ^{なか} ^{あか} ^{せいり}
 今、おなかの中に赤ちゃんがいなくても、生理が
^{おそ}
 遅いことはありますか？
^う ^{あか} ^{ひと} ^{ほにゆう}
 産まれた赤ちゃんがいる人は、母乳をあげていますか？

👉 おなかの中に赤ちゃんがいる人

^{なか} ^{あか} ^{せいり} ^{おそ} ^{ひと}
おなかの中に赤ちゃんがいなくても、生理が遅い人
^う ^{あか} ^{ほにゆう} ^{ひと}
産まれた赤ちゃんがいて、母乳をあげている人

・「 はい」の ^{しかく} のところに を ^か 書いてください。

👉 上の3つにあてはまらない人


・「 いいえ」の ^{しかく} のところに を ^か 書いてください。

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。			
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の質問がありますか。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ


^{しつもん} ^{きょう} ^{しゅうかん} ^{ほか} ^{よぼうせっしゅ} ^{ちゅうしゃ}
すの質問 : 今日までの2週間に他の予防接種(注射)を
 していますか？

^{ほか} ^{よぼうせっしゅ} ^{ちゅうしゃ}
 他の予防接種(注射)をしているときはどのような
^{ちゅうしゃ} ^{おし}
 注射をしたか教えてください。

^{ほか} ^{よぼうせっしゅ} ^{ちゅうしゃ} ^ひ ^{おし}
 他の予防接種(注射)をした日も教えてください。

 ほか よぼうせっしゅ ちゅうしゃ ひと
他の 予防接種（注射）を した人

- ・「 はい」の のところに を 書いてください。
- ・質問の横にある 「種類（ ）」のところに、 どのような 予防接種（注射）を したのかを 書いてください。
- ・質問の横にある 「受けた日（ ）」のところに、 予防接種（注射）を した日を 書いてください。


 ほか よぼうせっしゅ ちゅうしゃ ひと
他の 予防接種（注射）を していない人

- ・「 いいえ」 の のところに を 書いてください。




せ はい いいえ
今日の予防接種について質問がありますか。

せの質問： 今日にする 新型コロナの ワクチン接種（注射）で 聞きたいことは ありますか？

 しんがたころな わくちんせっしゅ ちゅうしゃ ひと
新型コロナの ワクチン接種（注射）で 聞いておきたいことが ある人

- ・「 はい」の のところに を 書いてください。

 しんがたころな わくちんせっしゅ ちゅうしゃ ひと
新型コロナの ワクチン接種（注射）で 聞いておきたいことが ない人

- ・「 いいえ」 の のところに を 書いてください。

新型コロナウイルス接種について、医師の診察・説明を受けて、接種の効果を、副作用及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。

医師記入欄
本人に対して、接種の効果、副作用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

新型コロナウイルスワクチン接種希望書

◆ 注射をする時に お医者さんが 予診票（注射をしても大丈夫かを 確認する紙）を 見て 書きます。

◆ 何も 書かないで ください。

⑦ 注射をしたいか 注射をしたくないか を書きます。

「接種を希望します」 → 注射を したい時

「接種を希望しません」 → 注射を したくない時

のところに を 書いてください。

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、接種の効果が副作用などについて理解した上で、接種を希望します。 **⑦** 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、国民健康保険中央局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。 **⑧** 年 月 日 接種者自署 **⑨**

（※自署で記入する場合は代理人が署名し、名及び被接種者との続柄を記載）
（※被接種者が成年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="checkbox"/> . <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

⑧ 注射をする日（年・月・日）を 書きます。

⑨あなた（注射を受ける人）の 名前を 書きます。

→ 成年後見人（大事なことを 決めることを 手伝う人）が いる時は、 成年後見人さんの 名前でも 大丈夫です。

→ 名前を 書くことが できない人は、 別の人に 書いてもらう ことができます。

わくちんせつしゅ ちゅうしゃ こと こと とき
ワクチン接種（注射）の ことで わからない事が ある時

わくちんせつしゅ ちゅうしゃ こと こと とき
ワクチン接種（注射）の事で わからない事が ある時は、
し まち でんわ でんわ かね
市や 町に 電話をしてください。（電話のお金が かかります）



しんがたころな わくちんせつしゅ こーるせんたー
新型コロナウイルス ワクチン接種 コールセンター
き とき でんわ
【聞きたいことが ある時に 電話をするところ】
でんわばんごう
電話番号 :

あんない くぼ
【この案内を 配ったところ】

あんない つく
【この案内を 作ったところ】

しゃかいふくしほうじん おおさかして いくせいかい
社会福祉法人 大阪市手をつなぐ育成会

ほーむぺーじ
ホームページ <http://city-osaka-ikuseikai.or.jp/>

ねん がつ にち つく
※2021年6月25日に 作りました。

