

当院にて新型コロナワクチン3回目接種を予約された方へ

1. 接種をする前の確認事項

① 事前に準備が必要な方

- 1回目、2回目を他市町村で接種を受けた後に松山市へ転入された方
3回目接種券の交付申請をしてください。
- 松山市外に住民票がある方
住所地外接種届の申請をしてください。

必要な手続きをしていない場合は接種を受けられません。

詳しくは、[松山市公式ホームページ](#)をご確認、
または松山市新型コロナワクチンコールセンターへお問い合わせください。



② 当日に持ってくるもの

- **予防接種済証、予診票（追加接種用）（A3サイズ）**
予防接種済証と予診票は切り取らず、予診票は事前にご記入をお願いします。
- **本人確認できるもの**
運転免許証・健康保険証・マイナンバーカードなど
※原本が必要です。（コピー不可）

必要書類がそろっていない場合は接種を受けられません。

ご来院の際は今一度ご確認ください。

③ 当日の服装

- **肩を出しやすい服装**でお越しください。

④ 体調について

- 持病がある人や体調に不安のある人は、事前にかかりつけ医に相談してください。
- 発熱や体調が悪い場合は、接種を控え、ワクチンコールセンターへ予約キャンセルの連絡をしてください。

⑤ 来院時間について

- 予約時間の5分前にお越しください。
早くご来院の際は、受付待ち時間が発生する場合がありますのでご了承ください。

2. 予約の変更、キャンセルについて

当院で予約の変更、キャンセルの受付はしていません。
ワクチンコールセンターまでご連絡をお願いします。

松山市新型コロナワクチンコールセンター

TEL: 089-909-3353 (8時30分~20時 土・日・祝日を含む)

当日キャンセルされる方は、奥島病院にもご連絡をお願いします。

奥島病院 TEL: 089-925-2500

予診票の記入について

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

は 令和3年12月6日

できます。

12月12日から12月18日

〒790-0001
松山市一番町1丁目1番地1
予防課マンション101号

予防 太郎 様

1XXX-B15A072X2X0000001#
382019

住所、氏名、生年月日に誤りが無いか確認してください。誤りがあれば、松山市新型コロナワクチンコールセンターへお問い合わせください。

新型コロナウイルスワクチンを受けられます。費用負担はありません。

接種を受けるときは、この用紙と予診票を必ずお持ちください。

この書面は、あなたが3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ので、大切に保管してください。

切り取らずお持ちください。接種会場で切り取ります。

切り取らないでください

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

あなたの接種券番号: 00100

3回目	接種年月日	氏名	予防 太郎
	年	メーカー/Lot No.	松山市一番町1丁目1番地1 予防課マンション101号
	月 日	住所	
接種場所		生年月日	1950年 1月 1日生

愛媛県松山市長

「はい」にチェックを付けた方は、病名と治療内容を記入してください。

代筆の場合は、代筆者の氏名と被接種者との続柄も記入してください。
例 予防 太郎 代筆者 予防 花子(娘)

新型コロナウイルスワクチン 1、2回目接種

	1回目
接種年月日	2021年 3月
メーカー	ファイザー
Lot No.	AA1234
接種場所	

※ *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。

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。

※欄外に記入してください。
接種券番号: 0010000001
接種券ID: 233820190010000000

住所	愛媛 県 松山 市 区 村 一番町1丁目1番地1 予防課マンション101号
氏名	予防 太郎
生年月日(西暦)	1950年 1月 1日生 (満 歳) <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
診察前の体温	度 分

質問事項	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: 2021年 3月 16日、2回目: 2021年 4月 6日) 接種を受けたワクチン(ファイザー ファイザー)	<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、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(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

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。
この予診票を受理の上、本診察室が実施する「県民健康保険松山会」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 保護者自筆

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	医師機関等コード
シール貼付済	ml	医師名	接種年月日(※記入例) 4月1日→4月1日

202 年 月 日

接種当日の体温を記入してください。