

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おりません。
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 for COVID-19

あなたの接種券番号: 00100000000000000000

3回目	氏名	予防 太郎
接種年月日	住所	松山市一番町1丁目1番地1 予防課マンション101号
年	生年月日	1950年 1月 1日生
月		
日		
接種場所		

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。

冊 数	2	(予診のみ)	3	冊目
冊 本 号	愛媛県松山市			382019
冊 番 号	0010000001			

住所: 愛媛県松山市一番町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) 男 女

接種前の体温: 度 分

接種当日の体温を記入してください。

質問事項

新型コロナウイルス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)

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。
「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。

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
毛細血管漏出症候群 その他()

治療内容: 血をサラサラにする薬() その他()

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()

今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状()

けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。
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()

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()

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()

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

年 月 日 被接種者又は保護者自筆

医師記入欄

ワクチン名・ロット番号: シール貼付済

接種量: ml

実施場所: 医師名

接種年月日(※記入例) 2021年 4月 1日 → 04月 01日