事　務　連　絡
令和３年 12 月 24 日

各 ⎛都道府県⎞
　 ⎜市 町 村⎟ 介護保険担当主管部（局）　御中
　 ⎝特 別 区⎠

厚生労働省健康局健康課予防接種室
厚生労働省老健局高齢者支援課
厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課
厚生労働省老健局老人保健課

高齢者施設等の入所者及び従事者、通所サービス事業所の利用者及び従事者への
新型コロナウイルス感染症に係る予防接種（追加接種）について

新型コロナウイルス感染症への対応につきまして、日々ご尽力及びご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

高齢者施設等の入所者及び従事者への１回目及び２回目の新型コロナウイルス感染症に係る予防接種については、「高齢者施設への新型コロナウイルス感染症に係る予防接種を行う体制の構築について（改正）」（令和３年３月３日付け厚生労働省健康局健康課ほか連名事務連絡）等において、お示ししてきたところです。

また、新型コロナウイルスワクチンの追加接種については、新型コロナウイルス感染症に係る臨時の予防接種実施要領（「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」（令和２年12月17日付け健発1217第４号厚生労働省健康局長通知別添））において、初回接種の完了から原則８か月以上の間隔をおいて１回接種することとし、「新型コロナワクチンの追加接種の接種間隔に係る例外的取扱いについて」（令和３年11月26日付け厚生労働省健康局健康課予防接種室事務連絡）において、医療機関等でのクラスター発生時の接種間隔の例外的な取扱いが認められる場合についてお示ししたところです。

今般、新たな変異株の発生等の状況を踏まえ、クラスター発生時に限らず、初回接種の完了から８か月以上の経過を待たずに追加接種を実施する場合の接種対象者の考え方等について、「初回接種完了から８か月以上の経過を待たずに新型コロナワクチンの追加接種を実施する場合の考え方について」（令和３年12月17日付け厚生労働省健康局健康課予防接種室事務連絡）（別添）において示されたことを踏まえ、初回接種の完了から８か月以上の経過を待たずに追加接種を実施できる高齢者施設等の入所者及び従事者、通所サービス事業所の利用者及び従事者の範囲についてお示しいたします。内容につきましてご了知いただくとともに、同事務連絡の実施手順等もご確認の上、各自治体の衛生主管部局と介護保険担当主管部局とで連携しながら、予防接種の適切な実施に向けた取組を進めていただきますようお願いいたします。

本内容については関係団体等へも周知いただくとともに、引き続き、円滑な接種について、格段のご協力をお願いいたします。

記

市町村は、以下の高齢者施設等の入所者及び従事者、通所サービス事業所の利用者及び従事者に対して、別添の事務連絡の手順により、初回接種の完了から８か月以上の経過を待たずに追加接種を実施できることとする。

○高齢者施設等の入所者及び従事者

高齢者施設等とは、高齢者等が入所・居住する社会福祉施設等（介護保険施設、居住系介護サービス、高齢者が入所・居住する障害者施設・救護施設等。下表参照。）である。

○　介護保険施設 ・　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 ・　介護医療院 ○　居住系介護サービス ・　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 ○　老人福祉法による施設 ・　養護老人ホーム ・　軽費老人ホーム ・　有料老人ホーム ○　高齢者住まい法による住宅 ・　サービス付き高齢者向け住宅	○　生活保護法による保護施設 ・　救護施設 ・　更生施設 ・　宿所提供施設 ○　障害者総合支援法による障害者支援施設等 ・　障害者支援施設 ・　共同生活援助事業所 ・　重度障害者等包括支援事業所（共同生活援助を提供する場合に限る） ・　福祉ホーム ○　その他の社会福祉法等による施設 ・　社会福祉住居施設（日常生活支援住居施設を含む） ・　生活困窮者・ホームレス自立支援センター ・　生活困窮者一時宿泊施設 ・　原子爆弾被爆者養護ホーム ・　生活支援ハウス ・　婦人保護施設

○通所によるサービスを提供する事業所の利用者及び従事者

通所によるサービスを提供する事業所については、短期入所系サービスや多機能型サービスも含まれる旨、厚生労働省健康局健康課予防接種室に協議済である。

以上

事　務　連　絡
令和３年 12 月 17 日

各 ⎛都道府県⎞
　 ⎜市　町　村⎟ 衛生主管部（局）御中
　 ⎝特　別　区⎠

厚生労働省健康局健康課予防接種室

初回接種完了から８か月以上の経過を待たずに
新型コロナワクチンの追加接種を実施する場合の考え方について

新型コロナワクチンの追加接種（３回目接種をいう。以下同じ。）については、新型コロナウイルス感染症に係る臨時の予防接種実施要領（「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」（令和２年 12 月 17 日付け健発 1217 第４号厚生労働省健康局長通知別添）別添）において初回接種（１回目、２回目接種をいう。以下同じ。）の完了から原則８か月以上の間隔をおいて１回接種することとし、また、「新型コロナワクチンの追加接種の接種間隔に係る例外的取扱いについて」（令和３年 11 月 26 日付け厚生労働省健康局健康課予防接種室事務連絡）（別添１）においては、医療機関等でのクラスター発生時に接種間隔の例外的な取扱いが認められる場合についてお示ししたところです。

今般、新たな変異株の発生等の状況を踏まえ、クラスター発生の場合に限らず、初回接種の完了から８か月以上の経過を待たずに追加接種を実施する場合の接種対象者等について、下記のとおり整理いたしました。

各市町村（特別区を含む。以下同じ。）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。なお、今回の対応に伴う武田/モデルナ社ワクチンの配分等については、追ってお知らせいたします。

記

１．医療従事者等及び高齢者施設等の入所者等に対する追加接種

（１）対象者

市町村は、以下の者に対して、（２）の実施手順により、初回接種の完了から８か月以上の経過を待たずに追加接種を実施できることとする。

① 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６版）（以下「手引き」という。）第２章の２の（２）のア（表１）に掲げる医療従事者等（以下「医療従事者等」という。）

② 手引き第２章の２の（２）のウ（表３）に掲げる高齢者施設等（以下「高齢者施設等」という。）の入所者及び従事者、通所サービス事業所（手引き同エに掲げる事業所等のうち通所によるサービスを提供するものをいう。以下同じ。）の利用者及び従事者並びに病院又は有床診療所の入院患者

（２）実施手順

初回接種の完了から８か月以上の経過を待たずに追加接種を実施する場合には、下記の共通事項に留意するとともに、①から③に掲げる対象者の区分に応じ、以下の手順により実施する。

- 医療従事者等への接種及び重症化のリスクが高い入所者が多い高齢者施設等における接種を優先すること。
- 予防接種実施規則（昭和 33 年厚生省令第 27 号）附則第８条第１項の規定に基づき、初回接種の完了から６か月以上の間隔をおいて実施すること。
- 追加接種の実施時までに市町村から接種券を発行することが困難な場合には、「例外的な取扱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」（令和３年 11 月 26 日付け厚生労働省健康局健康課予防接種室事務連絡）（別添２）の内容に従って追加接種の事務を実施すること。
- 市町村の衛生部局は、介護保険部局、障害福祉部局等の関係部局と連携して対応すること。

①医療従事者等並びに高齢者施設等の入所者及び従事者

- 医療機関等及び高齢者施設等において手引きに基づく接種体制の構築を行った上で、追加接種を行うこと。

②通所サービス事業所の利用者及び従事者

- 通所サービス事業所において接種体制を確保した上で、高齢者施設等での実施方法に準じて、その利用者と従事者に対する追加接種を行うこと。

③病院及び有床診療所の入院患者

・　市町村と都道府県が連携し、入院患者に対する接種を行う意向を持つ病院や有床診療所を把握し、必要なワクチンの配分等を行い、追加接種を実施すること。

２．その他の高齢者に対する追加接種（令和４年２月以降の対応）

市町村は、１．（１）に掲げる者であって同（２）の実施手順による追加接種を受けたもの以外の高齢者について、令和４年２月以降初回接種の完了から７か月以上経過した後に追加接種を実施することができることとする。

以上

事　務　連　絡
令和３年11月26日

各 ⎛都道府県⎞ 衛生主管部（局）御中
　 ⎜市 町 村⎟
　 ⎝特 別 区⎠

厚生労働省健康局健康課予防接種室

新型コロナワクチンの追加接種の接種間隔に係る例外的取扱いについて

新型コロナワクチンの追加接種については、厚生科学審議会での議論を踏まえ、新型コロナウイルス感染症に係る臨時の予防接種実施要領（「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」（令和２年12月17日付け健発1217第４号厚生労働省健康局長通知別添）別添）において初回接種の完了から原則８か月以上の間隔をおいて１回接種することとしましたが、例外的に初回接種の完了から８か月以上の間隔をおかずに追加接種を実施して差し支えない場合について、下記のとおり整理しました。

各市町村（特別区を含む。以下同じ。）におかれましては、本事務連絡の内容について御了知の上、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

感染拡大の防止を図る観点から、特に必要と認められる以下の場合には、例外的に初回接種の完了から８か月以上の間隔をおかずに追加接種を実施して差し支えないものとする。

・　医療機関等（医療機関、高齢者施設等）においてクラスターが発生した場合に、当該医療機関等の入院患者、入所施設利用者、通所施設利用者及び当該医療機関等で業務に従事する者であって、感染拡大防止を図る観点から必要な範囲のものに接種する場合
・　同一の保健所管内の複数の医療機関等でクラスターが発生した場合に、当該医療機関等の所在する保健所管内の医療機関等の入院患者、入所施設利用者、通所施設利用者及び当該医療機関等で業務に従事する者であって、感染拡大防止を図る観点から必要な範囲のものに接種する場合

なお、初回接種の完了から８か月以上の間隔をおかずに追加接種を実施する場合には、以下の点に留意すること。

・　実施に当たっては、市町村が（１）上記のいずれかに該当する根拠、（２）対象者の範囲、（３）対象者の見込み人数の情報を含む接種計画を策定し、事前に都道府県を通じて厚生労働省と相談すること。
・　既に配分されたワクチン（初回接種のために配分されたワクチンで、未接種となっているものを含む）を使用して実施すること。
・　予防接種実施規則（昭和 33 年厚生省令第 27 号）附則第８条第１項の規定に基づき、初回接種の完了から６か月以上の間隔をおいて実施すること。

以上

事　務　連　絡
令和３年11月26日

各 ⎛都道府県⎞ 衛生主管部（局）御中
　 ⎜市　町　村⎟
　 ⎝特　別　区⎠

厚生労働省健康局健康課予防接種室

例外的な取扱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、下記のとおりお示しいたします。

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	・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	・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	・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	・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	・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	・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

（別紙１）

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（　　）	□はい	□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。	□はい	□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。	□はい	□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：□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（　　）	□はい	□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（　　）	□はい	□いいえ	
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）を起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	
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（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。	□はい	□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（　　）	□はい	□いいえ	
今日の予防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

医療機関記入欄	○時間外（受付時間　　：　　）　○休日　○小児（6歳未満）　○予備①　○予備② ※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

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・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 ※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	□.□□ 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 2 0 2 □ 年 □□ 月 □□ 日

（別紙２）

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。

（別紙３）

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。

券　種	2	（□ 予診のみ）	3　回目
請求先	○○県○○市		123456
券番号	1234567890		
氏　名	厚生 ●●●●●●●● 太郎		

2312345612345678 90

住民票に記載されている住所	都道府県　　市区町村 ※ここに記入⇒ （写）		
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（　　）	□はい	□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。	□はい	□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。	□はい	□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：□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（　　）	□はい	□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（　　）	□はい	□いいえ	
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）を起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	
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（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。	□はい	□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（　　）	□はい	□いいえ	
今日の予防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

医療機関記入欄	○時間外（受付時間　　：　　）　○休日　○小児（6歳未満）　○予備①　○予備② ※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

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・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 ※枠に合わせてまっすぐに貼り付けください （注）有効期限が切れていないか確認	□□.□ 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 2 0 2□ 年 □□ 月 □□ 日