

令和3年12月27日  
(令和4年1月5日改定)  
(令和4年2月15日改定)

高齢者施設・障害者施設等 施設管理者 各位

神戸市健康局  
神戸市福祉局

## 新型コロナウイルス感染症ワクチン接種 高齢者施設・障害者施設等での追加（3回目）接種の実施について

平素より神戸市政にご協力を賜り、誠にありがとうございます。

さて、見出しの件、高齢者施設・障害者施設等（以下「施設」という。）でのワクチン追加（3回目）接種の要領についてご案内いたします。

施設では、2回目接種後6か月を経過した方から順次接種いただくことができますので、下記の内容をご確認の上、ご協力いただきますようお願い申し上げます。

### 記

#### 1. 各施設での準備と流れ

- (1) ワクチン接種スケジュールの調整  
↓
- (2) 施設医や嘱託医等への接種の協力依頼  
↓
- (3) 接種場所の検討  
↓
- (4) 施設利用者、家族、従事者への説明  
↓
- (5) 必要なワクチン数等を市に配送申請  
↓
- (6) 施設でのワクチン接種、事務処理、実績報告

#### 2. 接種対象者

施設利用者、従事者のうち、2回目接種後6か月を経過した方

- ・施設とは、国が作成した「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（6版）」第2章の2の（2）のウ（表3）（参考資料1）に掲げる高齢者施設等のほか、通所サービス事業所も含まれます。
- ・施設利用者とは、施設の入所者や通所者を指します。
- ・効率的な接種を行うため、できるだけ施設利用時に接種を行うようお願いします。
- ・従事者とは施設利用者に直接接する従事者であり、職種は限定しません。委託業者で施設利用者に直接接する方などは、施設の判断で接種対象としても差支えありません。
- ・1回目、2回目を接種されていない方については「7. 1回目、2回目接種を済まされていない方について」を参照ください。

#### 3. 使用するワクチン

ファイザー社製 コミナティ筋注

#### 4. 接種にかかる詳細な手順

##### (1) ワクチン接種スケジュールの調整

施設内でのワクチン接種のスケジュール調整をお願いします。

##### (2) 施設医や嘱託医等への接種の協力依頼

- ・施設医や嘱託医等に接種医となっていただくよう調整をお願いします。（神戸市から医師会等に対して、高齢者施設や障害者施設での接種の協力依頼を行っています。）
- ・接種医へは、接種日ごとの人数（〇月〇日に〇〇人、〇月〇日に〇〇人）を明確にして調整してください。

### (3) 接種場所の検討

医師の指導の下、施設内でのクラスター防止、効率的な接種体制の構築の観点から可能な限り施設内での接種を検討してください。また、接種後15～30分程度経過観察できるように、三密を避けることのできる広い部屋を確保して接種するようにしてください。

### (4) 施設利用者、家族、従事者への説明

ワクチン接種にあたっては、追加（3回目）接種用の接種券を準備いただくことが前提ですが、接種券が手元になくとも接種することができます。接種券の入手については「5. 接種券について」をご覧ください。接種券が届く前に接種する場合は、「6. 接種券なしの接種対応について」をご覧ください。また、ワクチン接種対象の方には、追加（3回目）接種の必要性や要領をご説明の上、希望の有無を確認してください。

※1・2回目接種時の「予診票（別紙1）」は接種券と分離していますが、追加（3回目）接種用の接種券は、予診票と一体となった「接種券一体型予診票（別紙2）」に変更されています。

※施設での適正管理のため、接種対象者・希望者の氏名等を記載した接種管理表のご準備をお勧めします。（神戸市への提出は不要です。「接種管理表（別紙3）」）

### (5) 必要なワクチン数等を市に配送申請【貴施設で準備が整い次第順次】

#### ①接種医（医療機関）が神戸市内に所在する場合

接種予定日・人数を接種医（医療機関）と調整し、必要なワクチン数、配送ルート等を接種医（医療機関）に確認した上で、**配送日の7日前迄に、施設から専用サイトにてワクチンの配送申請を行ってください。**（詳細は「施設接種用ワクチン配送申請について（別紙4）」参照）

**※申請受付開始日：令和4年1月6日（木）、配送開始日：令和4年1月13日（木）**

※各施設から配送申請を受けたワクチンは接種医（医療機関）に配送されます。

※ワクチンの管理上、医療機関でない施設へ直接配送や、施設が配送拠点に取りに行くことはできませんのでご注意ください。

#### ②接種医（医療機関）が神戸市外に所在する場合

**接種医（医療機関）所在地の自治体からワクチンを受け取っていただく必要があります。**接種予定日・人数を接種医（医療機関）に伝え、接種医（医療機関）から接種医（医療機関）所在地の自治体に相談いただくように依頼してください。

※接種医（医療機関）所在地の自治体からワクチンを受け取ることが難しい場合は、「9. 問い合わせ先」のメールにてご相談ください。

### (6) 施設でのワクチン接種、事務処理、実績報告

#### ①接種医（医療機関）に配送されるワクチンを使用して、接種を行ってください。

※接種券なしで接種する場合は、別途事務処理が必要です。（詳細は「6. 接種券なしの接種対応について」参照）

#### ②接種進捗状況確認のため、**接種実績（接種日、接種数等）を施設から専用サイトに入力してください。**（詳細は「施設接種実績報告について（別紙5）」参照）

## 5. 接種券について

### (1) 接種券発送のスケジュール

①接種券は原則、住民票のある自治体より接種記録をもとに2回目の接種後、所定の期間が経過する方から順次発行されます。

②発送スケジュールは自治体により異なります。

(a)現在、神戸市内に住民票のある方

原則は、2回目接種後8か月を経過する方に、高齢者（65歳以上）の方は7か月を

経過する方に、順次発送されます。

※神戸市の接種券発送スケジュールは神戸市ホームページに随時掲載します。

([https://www.city.kobe.lg.jp/a73576/kenko/health/infection/protection/covid-19\\_vaccine.html](https://www.city.kobe.lg.jp/a73576/kenko/health/infection/protection/covid-19_vaccine.html))

(b)現在、神戸市外に住民票のある方

自治体により異なります。各自治体の広報紙やホームページをご確認ください。

- ③接種券は住民票の住所に送付されますので、施設利用者の方はご家族の協力を得る等により、被接種者へお届けください。
- ④今回、神戸市で発行する接種券は、予診票に既に印刷されています(「接種券一体型予診票(別紙2)」。)ご家族に接種券の送付等を依頼される場合は、予診票への必要事項の記入も合わせてご依頼ください。なお、接種券なしで接種される場合は、後日入手した「接種券一体型予診票」への転記は不要です。

(2) 接種券が届かないケースへの対応

「6. 接種券なしの接種対応について」のとおり、事前に接種券が届いていない場合も接種可能ですが、以下の場合には接種券の発行依頼が必要となりますのでご注意ください。

- ①2回目の接種以降に住民票の移動があった等の場合は、住民票のある自治体に対して接種券の発行申請手続きが必要となる場合があります。ご家族と連絡を取るなどして、申請手続きに漏れないよう、十分にご確認ください。

【ご注意いただくケース例】

(a) 1回目、2回目の接種時は市外に住民票があったが、現在は神戸市に住民票がある。

→接種券は送付されません。神戸市に接種券の発行申請を行っていただく必要があります。本人もしくはご家族を通じて、神戸市ワクチン接種コールセンターに電話して発行申請の手続きをして下さい。

(b) 1回目、2回目の接種時は神戸市内に住民票があったが、現在は、神戸市外に住民票がある。

→接種券は送付されません。現在、住民票のある自治体に、本人もしくはご家族を通じて接種券の発行申請を行っていただく必要があります。申請手続きの詳細は各自治体の広報紙やホームページでご確認ください。

②特別の事情により接種券の入手が困難である場合は、神戸市ワクチン接種コールセンター(9. 問い合わせ先参照)までご連絡ください。

③神戸市外に住民票のある方で、1回目、2回目の接種時に、接種券発行が間に合わず、施設を通じて神戸市に一括申請を行い、神戸市が発行した接種券で接種を行った方(接種券番号の頭3桁が285~で始まる方)の接種券発行については、現在、住民票のある自治体と神戸市とで調整中です。詳細決まり次第別途お知らせします。

6. 接種券なしの接種対応について

◎接種当日は、予診票のみで接種することができます。

◎接種券入手後に、医療機関等に事後処理を依頼してください。

(1) 接種日まで

① 接種人数分の「接種券なしの予診票(別紙6)」、「接種記録書(別紙7)」をご用意ください。

※「接種券なしの予診票(別紙6)」、「接種記録書(別紙7)」は、神戸市ホームページ(ケアネット)からダウンロードしA4縦で印刷してください。

(<https://www.city.kobe.lg.jp/a46210/kenko/fukushi/carenet/tsuchi/03kobeshi.html>)

② 接種医(医療機関)に、接種当日に、接種人数分のロット番号シール(大1枚・小3枚)を持参していただくよう依頼してください。

※ロット番号シール(大1枚・小3枚)はワクチンと合わせて接種医(医療機関)に配送しています。(参考:別紙8)

- ③ 本人の「初回接種済証（別紙9）」や「初回接種証明（別紙10）」、施設での記録等をもとに、2回目接種後6か月が経過し、3回目は未接種であることを、施設でも必ず確認してください。
- ④ 本人や家族に、「接種券なしの予診票（別紙6）」に必要事項を記入するよう依頼してください。また、後日、自治体から送付される接種券を施設へ提出（住民票が市外にある方は「接種券なしの予診票（別紙6）」の記載内容を「接種券一体型予診票」へ転記）することが必要になる旨を説明してください。

## (2) 接種当日

問診前に、本人や家族が必要事項を記入した接種対象者の「接種券なしの予診票（別紙6）」、「接種記録書（別紙7）」を、接種医（医療機関）にお渡しください。

## (3) 後日、接種券入手時

### 1) 神戸市内に住民票のある方の場合

本人や家族から回収した「接種券一体型予診票（別紙2）」を接種医（医療機関）にお渡しください。

### 2) 神戸市外に住民票のある方の場合

#### ア) 接種券様式：「接種券一体型予診票」の場合

##### 【転記方式】

- ① 本人や家族に、「接種券一体型予診票」の予診票の本人記入欄に、接種当日までに記載した「接種券なしの予診票（別紙6）」の内容を転記するよう依頼してください。
- ② 本人記入欄を転記した「接種券一体型予診票」を回収し、接種医（医療機関）にお渡しください。

##### 【接種券切り貼り方式】

- ① 本人や家族から回収した「接種券一体型予診票」の接種券部分を切り取ってください。（接種券部分は小さいため破損・汚損にご注意ください。）
  - ② 切り取られた接種券を接種医（医療機関）にお渡しいただき、接種当日に記入した「接種券なしの予診票（別紙6）」にのり付けで貼付いただくよう依頼してください。
- ※接種券の切り取り・貼り付けの注意事項について、詳しくは参考資料3をご覧ください。  
※「転記方式」か「接種券切り貼り方式」のいずれを採用するかについては、接種医（医療機関）と事前にご相談ください。

#### イ) 接種券様式：「接種券(兼)接種済証(シール型)」の場合

本人や家族から回収した「接種券(兼)接種済証(シール型)」を接種医（医療機関）にお渡しください。

## 7. 1回目、2回目接種を済まされていない方について

- ・ ご希望があれば、今からでも1回目・2回目接種をすることができます。ただしその場合、追加接種は2回目接種の終了後、6か月を経過した日となります。
  - ・ ファイザー社製ワクチンを使用しますので、1回目の接種終了後、標準20日の間隔をあける必要があります。1回目の接種から間隔が20日を超える場合は、できるだけ速やかに2回目の接種を実施できるよう、接種医と十分調整・確認してください。
  - ・ 1回目、2回目接種に使用するワクチンの配送は、追加（3回目）接種と同様に施設から市に配送申請してください（4（5）参照。施設からの申請が必要です）。追加（3回目）接種に使用するワクチンと合算して申請していただくことも可能です。
- ※予診票の様式が12月から変更されました（別紙11）。

## 8. 詳細な手順等について

国が作成した手引きや、神戸市がお送りする接種券の見本など、関係する資料をケアネットに掲載しておりますので、あわせてご確認ください。

<https://www.city.kobe.lg.jp/a46210/kenko/fukushi/carenet/tsuchi/03kobeshi.html>

9. 問い合わせ先  
電話の場合  
Eメールの場合

神戸市ワクチン接種コールセンター (078-277-3320)  
E-mail : [c-vaccine-third@office.city.kobe.lg.jp](mailto:c-vaccine-third@office.city.kobe.lg.jp)

※メール送付の場合は、  
件名に「施設接種」、「施設名」、「相談キーワード」を記載ください。  
記載例: 

【施設接種】 ○△□老人保健施設 / 接種券
------------------------

10. 添付資料

- ・別紙1 予診票 (1・2回目接種用) (当初版)
- ・別紙2 接種券一体型予診票 (追加 (3回目) 接種用)
- ・別紙3 接種管理表
- ・別紙4 施設接種用ワクチン配送申請について (令和4年1月5日改定)
- ・別紙5 施設接種実績報告について (令和4年1月5日改定)
- ・別紙6 接種券なしの予診票 (追加 (3回目) 接種用)
- ・別紙7 接種記録書 (追加 (3回目) 接種用)
- ・別紙8 ロット番号シール (大1枚・小3枚)
- ・別紙9 初回接種済証
- ・別紙10 初回接種証明
- ・別紙11 予診票 (1・2回目接種用) (令和3年12月1日改訂版)
- ・参考資料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 (6版)」  
第2章の2の(2)のウ (表3)
- ・参考資料2 接種券が間に合わない方に対して接種する場合の医療機関の事務処理  
(令和4年2月15日改定)
- ・参考資料3 接種券一体型予診票から接種券部分を切り取り、接種時に記載した予診票へ貼り付ける方法 (令和4年2月15日追加)

## 参考QA

### Q 1. 接種券はいつ届くのか。

A 1. 神戸市に住民票のある方は、原則 2 回目の接種後 8 か月が経過する方に、高齢者（65 歳以上）の方は 7 か月を経過する方に、順次発送されます。発送スケジュールは神戸市ホームページに掲載します。市外に住民票のある方については、各自治体の広報誌や HP をご確認ください。

### Q 2. 接種日までに接種券が用意できなかった場合はどうしたらいいか。

A 2. 施設利用者、従事者は、2 回目接種後 6 か月が経過していれば、まだ接種券が発行されてなくても接種は可能です。「接種券なしの予診票」を使用して接種し、後日、届いた接種券を接種医（医療機関）にお渡しください。詳しくは、「6. 接種券なしの接種対応について」をご確認ください。

### Q 3. 市外に住民票がある場合は、住民票のある自治体が発行する接種券がなければ接種できないのか。

A 3. 施設利用者、従事者は、2 回目接種後 6 か月が経過していれば、まだ接種券が発行されてなくても接種は可能です。「接種券なしの予診票」を使用して接種し、後日、住民票のある自治体から接種券を入手していただいた上で、届いた接種券を接種医（医療機関）にお渡しください。ただし、市外に住民票がある場合は、届いた接種券への転記等が必要となる場合があります。詳しくは、「6. 接種券なしの接種対応について」をご確認ください。

### Q 4. 入所者と同時接種する従事者について、職種は限定しないとのことであるが、事務従事者でも含まれるのか。

A 4. 2 回目接種後 6 か月が経過していれば、事務従事者でも入所者に接する機会のある従事者は対象となります。雇用形態も限定しません。委託業者も入所者に接する機会が多い方などは施設の判断で接種対象とすることができます。

### Q 5. 1 回で全ての対象者に接種するのが難しいが、何回かに分けて接種してもよいのか。

A 5. 問題ありません。接種医と調整の上、実施してください。なお、残余ワクチンが出ないよう、ご計画ください。

### Q 6. 1、2 回目の接種を行っていない方が接種を希望しているが、どうすればいいか。

A 6. 1、2 回目を接種されていない方もご希望があれば接種することができます。2 回接種を行なう必要があるため、接種医とスケジュール等を調整して実施してください。なお、接種については 1、2 回目用の接種券が必要となります。また、1、2 回目用の予診票は 12 月に改訂されていますので、改訂後の予診票（別紙 1 1）をご利用ください。

### Q 7. ワクチンの種類は選べないのか。

A 7. 施設接種ではファイザー社製ワクチンを予定しているため、他の種類のワクチンは選べません。

### Q 8. 接種医が見つからない。どうしたらよいか。

A 8. 1、2 回目の接種医にお願いするようにしてください。また通所者の場合は、かかりつけ医等での接種をご検討ください。どうしても見つからない場合は、「9. 問い合わせ先」のメールにてご相談ください。

### Q 9. いつまでに「施設接種実績報告」をしないといけないのか。

A 9. 施設接種状況を把握する必要があるため、原則、接種日に専用サイトにて報告をお願いします。

### Q 10. サテライト型接種機関となっているが、費用の請求については 1, 2 回目と同様の手続きか。

A 10. 費用請求の際、「6. 接種券なしの接種対応について」にご留意いただくほかは、1, 2 回目の接種時と同様の手続きとなりますので、令和 3 年 4 月 14 日付通知文と参考資料を再度ご確認ください。

※上記以外にも神戸市ホームページ（ケアネット）に QA を掲載してまいりますのでご参考ください。

<https://www.city.kobe.lg.jp/a46210/kenko/fukushi/carenet/tsuchi/03kobeshi.html>

・別紙1 予診票（1・2回目接種用）（当初版）

## 新型コロナ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。

※ワクチン接種後に医療機関において  
貼り付けてください  
※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

（クーポン貼付）

住民票に記載されている住所	都 道 市 区 府 県 町 村	
フリガナ	フリガナ	電話番号 ( ) -
氏名	フリガナ	電話番号 ( ) -
生年月日(西暦)	年 月 日生(満 歳)	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 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( ) 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( <input type="checkbox"/> 可能 ・ <input type="checkbox"/> 見合わせる )	医師署名又は記名押印
	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。 <input type="checkbox"/> 被接種者は6歳未満である(該当する場合は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	<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

別紙2 接種券一体型予診票 (追加 (3回目) 接種用)

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票 (追加接種用)

※本枠内にご記入またはチェックを入れてください。

住所 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> 区 <input type="text"/> 市 <input type="text"/> 区 <input type="text"/> 町 <input type="text"/> 丁目 <input type="text"/> 番 <input type="text"/> 号 <input type="text"/> 丁目 <input type="text"/> 番 <input type="text"/> 号	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢 <input type="text"/> 歳	接種券番号 <input type="text"/>
氏名 <input type="text"/>	生年月日 (西暦) <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	電話番号 <input type="text"/>	接種券の体温 <input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱

あなたの接種券番号:  
(vaccination voucher number for COVID-19)

追加接種  
(3回目)

- 接種を受ける方へ
- 接種を受ける前に、事前予約が必要になります。
  - 詳しくは町民のお知らせをご確認ください。
  - 予診票も切り離す前に、接種会場へお持ちください。
  - 本人確認書類を接種会場へお持ちください。
  - 下の予約接種券証は接種が終わった後にも大切に保管してください。

A

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:

3回目 接種年月日 年 月 日	氏名	生年月日
接種場所	住所	
メーカー/Lot No. (シール貼付け)	兵庫県神戸市長	

見本

接種日(1回目): 年 月 日	接種日(2回目): 年 月 日	接種を受けたワクチン( )	医師記入欄
【新型コロナウイルスの病気がかかって、治療(投薬など)を受けていますか。】	【新型コロナウイルスの病気がかかって、治療(投薬など)を受けていますか。】	【新型コロナウイルスの病気がかかって、治療(投薬など)を受けていますか。】	接種券の体温 <input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱
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	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	治療内容: <input type="checkbox"/> 毛細血管漏出症候群 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> その他( )	医師署名又は署名押印
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気がかかったりしましたか。病名( )	最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気がかかったりしましたか。病名( )	最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気がかかったりしましたか。病名( )	
今日、体に異変が感じるところがありますか。症状( )	今日、体に異変が感じるところがありますか。症状( )	今日、体に異変が感じるところがありますか。症状( )	
けいれん(けいこ)を起こしたことがありますか。	けいれん(けいこ)を起こしたことがありますか。	けいれん(けいこ)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。	
これまでに予防接種の副作用(アレルギー)が悪くなったことはありませんか。	これまでに予防接種の副作用(アレルギー)が悪くなったことはありませんか。	これまでに予防接種の副作用(アレルギー)が悪くなったことはありませんか。	
現在妊娠している(予定あり)方( )はありますか。または、授乳中ですか。	現在妊娠している(予定あり)方( )はありますか。または、授乳中ですか。	現在妊娠している(予定あり)方( )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( )	2週間以内に予防接種を受けましたか。種類( ) 受けた日( )	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。	今日の予防接種について質問がありますか。	今日の予防接種について質問がありますか。	

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後経過観察法について、説明した。

医師署名又は署名押印

接種券番号

接種券番号:

接種券の体温:  平熱  発熱

接種券番号

接種券番号:

接種券の体温:  平熱  発熱

接種券の発行日: 年 月 日

接種券の有効期限: 年 月 日

新型コロナウイルスワクチン1, 2回目接種記録

接種年月日	接種場所
接種券番号	接種券の体温
Lot No.	接種券の有効期限

※ \*が印字された部分の印刷については、別途、当該接種の発行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。

・別紙3 接種管理表

様式 接種管理表

※本様式は神戸市への提出は不要ですが、施設接種の適正管理のためご準備をお勧めします。

No.	所属施設名	接種対象者		接種希望	生年月日 (西暦記入)	利用者 /従事者	介護保険証 番号	接種券 番号	住民票に記載の住所地		1回目 接種日	2回目 接種日	3回目 接種 予定日
		氏名	カナ						神戸市 /神戸市外	記載住所			
例	●●ホーム	神戸 太郎	コウベ タロウ	○	1945/1/1	利用者	1111111	2800000000	神戸市	神戸市中央区加納町6-5-1	2021/5/13	2021/6/2	
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													

※神戸市ホームページ(ケアネット)からエクセルファイルをダウンロード可能です。  
<https://www.city.kobe.lg.jp/a46210/kenko/fukushi/carenet/tsuchi/03kobeshi.html>

## ・別紙4 施設接種用ワクチン配送申請について

接種医（医療機関）が神戸市内に所在する場合、ワクチンは神戸市から接種医に配送します。ワクチン申請方法は以下のとおりです。

### 1. 主な流れ

- ① 施設接種のスケジュール、接種人数等を接種医と相談し、往診接種を依頼する。
- ② 接種医に施設接種に必要なワクチンの本数（バイアル数）等を確認する。
- ③ 各施設から専用サイトにて配送希望日の7日前までに施設接種ワクチンの配送申請を行う。
- ④ 申請内容（申請ワクチン数・配送予定日）を接種医に報告する。
- ⑤ 接種医へワクチンが配送される。
- ⑥ 施設内でワクチン接種を実施する。
- ⑦ 接種日ごとに専用サイトへ実績入力する。

### 2. 各施設からのワクチン配送申請方法

- ① 接種医に「医療機関コード」「医療機関名」「必要バイアル数」「配送ルート」「配送日」を確認する。（配送は配送ルートごとに決められている配送日のみ。詳細は接種医に確認）
- ② 専用サイト「施設接種 ワクチン配送申請・実績報告」（下記 URL）で接種開始日、必要バイアル数等を配送希望日の7日前までに入力申請してください。
- ③ 申請した内容（申請ワクチン数および配送日）を接種医に報告してください。
- ④ 接種医（医療機関）が自医院で通常申請したワクチン（バイアル）に、③で申請したバイアル数が上積みされて接種医（医療機関）に配送されます。

※ 配送日は医療機関ごとに設定されている配送ルートにより異なりますのでご注意ください。

A ルート：火曜日、金曜日 B ルート：水曜日、土曜日 C ルート：月曜日、木曜日

（施設接種のワクチン配送開始日は令和4年1月13日（木）のため、A ルートは14日（金）

B ルートは15日（土）C ルートは13日（木）が配送開始日となります。なお、祝日はワクチン配送休止日となりますのでご注意ください）

※ 配送申請をいただいても、ワクチンの在庫量によっては、ご希望通りのワクチン量が供給されないことがあります。ご希望に沿えない場合は、その旨、集中調整センターから連絡します

※ 配送先は、神戸市ポータルサイトに登録されている医療機関のみです。

(1) 初期登録 (接種医 (医療機関) が神戸市外に所在する場合は配送申請できません)

専用サイト「施設接種 ワクチン配送申請・実績報告」の初期登録をしていただきます。

※専用サイト「施設接種 ワクチン配送申請・実績報告」初期登録 URL

<https://0c698916.form.kintoneapp.com/public/25130539320104eb8c9f3ce159ef99e15770ff1a77dbe48295538138f6db5192>



★ 重要

初期登録 URL は、初回のみ利用できます。2回目以降の利用は、初期登録入力後に届く電子メールに記載された URL を利用してください。(貴施設専用の連絡用サイトです)

■施設基本情報

- ① 施設種別  
施設種別を選択してください。
- ② 施設名  
施設名を入力してください。
- ③ 施設所在地  
施設の住所地を入力してください。
- ④ 介護保険事業所番号  
介護保険事業所番号を入力してください。  
※事業所番号をお持ちでない施設は電話番号を入力してください
- ⑤ 電話番号  
日中連絡がつく施設の電話番号を入力してください。
- ⑥ 施設メールアドレス  
日中連絡がつく施設のメールアドレスを入力してください。

■接種を担当する医療機関

- ⑦ 接種医療機関名  
接種医療機関名 (医院名称) を入力してください。
- ⑧ 接種医療機関コード  
接種医 (医療機関) の「医療機関コード」を接種医 (医療機関) に確認し入力してください。
- ⑨ 接種医療機関所在地  
医療機関の所在地を「神戸市の区名」選択し、区名以下の所在地 (住所) を入力してください。  
(接種医療機関が神戸市外の場合は配送申請できません)

⑩ 配送ルート

接種医（医療機関）毎にワクチン配送ルートが決まっていますので、ワクチン配送ルートを接種医（医療機関）に確認し入力してください。

⑪ 回答をクリック

画面最下部の「回答」をクリックします。



■登録内容の確認

<p><b>施設接種 ワクチン配送申請・実績報告</b></p> <p>ご登録ありがとうございます！ 次回の入力は、このあと届く電子メールに記載されたリンクURLをご使用ください。（通知文でお知らせした初回URLはご利用になれません。）</p> <p><a href="#">▶ Myページ</a></p>
<p>【差出人】 神戸市ワクチン集中調整センター</p> <p>【件名】 【神戸市ワクチン接種・初期登録】施設接種 ワクチン配送・実績管理への回答 ありがとうございます</p>

⑫ My ページをクリック

登録内容、特にメールアドレスに間違いがないか確認します  
間違いがなければ、画面を終了します

⑬ 電子メールの到着を確認する

次回以降、メールに記載された URL にアクセスします。  
メールは大切に保管してください

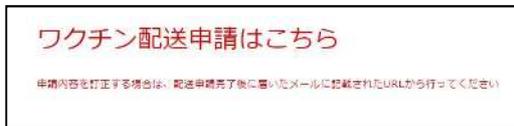
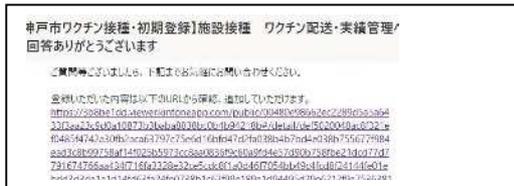
## (2) ワクチン配送申請（期限：配送日の7日前迄）

医療機関と調整した内容を配送日の7日前までに専用サイトに入力します。

### ① 初回登録後に返信されたメールを開く

差出人：神戸市ワクチン集中調整センター

件名：**【神戸市ワクチン接種・初期登録】施設接種 ワクチン配送・実績管理への回答**ありがとうございます  
ございます



### ② メール本文のリンク URL をクリックする

### ③ 「施設接種 施設マイページ」画面を下にスクロールする

### ④ 「ワクチン配送申請はこちら」をクリックする

## ■ 配送申請



### ⑤ 介護保険事業所番号

貴施設の介護保険事業所番号を入力し、表示される虫めがね  をクリックします。

表示された貴施設の情報に誤りがないか確認し、下にスクロールします。

※事業所番号をお持ちでない施設は電話番号を入力してください



### ⑥ 希望バイアル数

今回、配送申請するバイアルの数量を入力してください。

### ⑦ 接種予定人数

接種予定人数を入力してください。

### ⑧ 配送希望日

接種医療機関にワクチンを配送する日を入力します

〔医療機関ごとに配送日が決まっていますので医療機関と調整のうえ、決定してください。〕

### ⑨ 接種開始予定日

### ⑩ 接種開始終了日

今回の配送分で接種する期間を入力してください。

### ⑪ 回答をクリック

画面最下部の「回答」をクリックします





【差出人】 神戸市ワクチン集中調整センター  
【件名】 【神戸市ワクチン接種・配送申請】施設  
接種 ワクチン配送・実績管理への回答  
ありがとうございます

⑫ My ページをクリック

登録内容、特にメールアドレスに間違いがないか確認します  
間違いがなければ、画面を終了します

⑬ 電子メールの到着を確認する

⑭ 申請内容を訂正する場合

後日訂正する必要がある場合は、配送申請完了後に届いたメールに記載された URL から変更申請を行ってください。 配送希望日の7日前を過ぎると、訂正はできなくなります。

※お送りするメールに、申請内容（配送日、申請バイアル数等）を記載しますので、配送日までに接種医（医療機関）に共有してください。

・別紙5 施設接種実績報告について

施設接種状況を把握する必要があるため、下記手順によりワクチン接種の実績報告をお願いします。

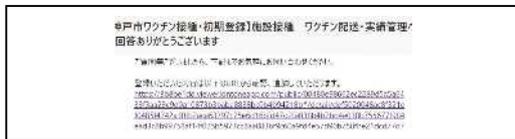
1. 報告方法

「施設接種用ワクチン配送申請サイト」にて、ワクチンを接種した日ごとに接種された方の属性（「施設利用者」か「従事者」か「その他」）と接種回数（「3回目」か「2回目」か「1回目」）を、接種した日ごとに入力報告してください。

① 初回登録後に返信されたメールを開く

差出人：神戸市ワクチン集中調整センター

件名：【神戸市ワクチン接種・初期登録】施設接種 ワクチン配送・実績管理への回答ありがとうございます  
ございます



② メール本文のリンク URL をクリックする

③ 「施設接種 施設マイページ」画面を下にスクロールする

④ 「接種実績登録はこちら」をクリックする

■実績報告



⑤ 介護保険事業所番号

貴施設の介護保険事業所番号を入力し、表示される虫めがね  をクリックします。

表示された貴施設の情報に誤りがないか確認し、下にスクロールします。

※事業所番号をお持ちでない施設は電話番号を入力してください

⑥ 接種日を入力

⑦ 該当する対象者と回数に分けて入力

以下の通り分類します

- 利用者 1回目, 2回目, 3回目
- 施設従事者 1回目, 2回目, 3回目
- その他 1回目, 2回目, 3回目

⑦ 回答をクリック

画面最下部の「回答」をクリックします



・別紙6 接種券なしの予診票（追加（3回目）接種用）※接種券部分が印字されていない予診票

## 新型コロナウイルス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 市 区 府 県 町 村	
	フリガナ	
氏名	フリガナ	電話番号 ( ) -
生年月日 (西暦)	年 月 日 日生 (満 歳)	性 別 <input type="checkbox"/> 男 · <input type="checkbox"/> 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: 年 月 日、2回目: 年 月 日) 接種を受けたワクチン( )	<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、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。	<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	
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 ( <input type="checkbox"/> 可能 · <input type="checkbox"/> 見合わせる )	医師署名又は記名押印
	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。	

医療機関記入欄	<input type="checkbox"/> 時間外(受付時間 : ) <input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> 小児(6歳未満) <input type="checkbox"/> 予備① <input type="checkbox"/> 予備② <small>※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。</small>
---------	---

### 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
	シール貼付位置	ml	実施場所	
	※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		医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日 202 年 月 日

## 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)	氏名	:	_____
接種年月日		住所	:	_____
年 月 日		生年月日:	年	月
接種会場		接種券番号:	_____	

見本

### 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8 ロット番号シール (大1枚・小3枚)

ワクチン接種シール 本シート1枚が1バイアル分です **見本**  
製造番号: XXXXXX  
最終有効年月日: YYYY/MM/DD BIONTECH Pfizer

接種済証貼付用 予診票貼付用

**ロット番号シール(大)**

COMIRNATY  
コミナティ筋注  
製造番号: XXXXXX  
最終有効年月日: YYYY/MM/DD  
製造販売: ファイザー株式会社  
BIONTECH Pfizer QRコード(URL)から接種ワクチン情報  
を確認できます

**ロット番号シール(小1枚目)**

コミナティ筋注 製造番号: XXXXXX  
ファイザー EXP: YYYY/MM/DD  
COMIRNATY Pfizer

**ロット番号シール(小2枚目)**

コミナティ筋注 製造番号: XXXXXX  
ファイザー EXP: YYYY/MM/DD  
COMIRNATY Pfizer

**ロット番号シール(小3枚目)**

コミナティ筋注 製造番号: XXXXXX  
ファイザー EXP: YYYY/MM/DD  
COMIRNATY Pfizer

・別紙9 初回接種済証

650-8570

神戸市中央区加納町6-5-1 神戸市役所1号館

神戸 太郎 様



281000

あなたの接種券番号(10桁)

2849879991

神戸市 281000

必ずお読みください。

- 接種を受ける前に事前予約が必要になります。詳しくは同封のお知らせをご確認ください。
- 接種を受ける際は、この接種券と本人確認書類をお持ちください。本人確認書類の具体的な例は、同封のお知らせをご確認ください。
- その他、ご不明な点はコールセンターまでお問い合わせください。  
「神戸市新型コロナワクチン接種コールセンター」  
TEL : 078-277-3320  
<受付時間> 平日(月~金) 8:30~20:00  
休日(土日祝) 8:30~17:30

接種券	診察したが接種できない場合
券種 1	予診のみ 1 回目
請求先 兵庫県神戸市	281000
券番号 2849879991	
氏名 神戸 太郎	
 <b>接種済証</b>	
券種 1	回目
請求先 兵庫県神戸市	281000
券番号 2849879991	
氏名 神戸 太郎	
 122810002849879991	

**新型コロナウイルスワクチン 予防接種済証(臨時)**  
Certificate of Vaccination for COVID-19

1 回目	COMIRNATY コミナテイ筋注 製造番号:XXXXXX 最終有効年月日:YYYY/MM/DD 製造販売:ファイザー株式会社	
接種年月日	2021年 ○月○日	
接種場所	〇〇〇〇〇〇	
2 回目	COMIRNATY コミナテイ筋注 製造番号:XXXXXX 最終有効年月日:YYYY/MM/DD 製造販売:ファイザー株式会社	
接種年月日	2021年 ○月○日	
接種場所	〇〇〇〇〇〇	
氏名	神戸 太郎	
住所	神戸市中央区加納町6-5-1 神戸市役所1号館	
生年月日	1932年12月25日生	

兵庫県 神戸市長 久元 喜造

**接種を受ける方へ**

- シールは剥がさずに、台紙ごと接種場所へお持ちください。
- 右側の予防接種済証は接種が終わった後も大切に保管してください。

・別紙10 初回接種証明

■接種証明（紙面）

**新型コロナウイルス感染症 予防接種証明書**  
**Vaccination Certificate of COVID-19**

姓名  
 [Surname, Given name]  
 接種証明  
 [SESSYU SYOCUMEI]  
 生年月日 [Date of Birth] (YYYY-MM-DD)  
 1991-02-05  
 国籍・地域 [Nationality/Region]  
 JAPAN  
 紙券番号 [Passport Number]  
 TR0000000

**見本**

国内用・海外用 (Domestic Use / International Travel) SMART Health Card ICAO 9303-NC




接種年月日 [Vaccination Date] (YYYY-MM-DD)	ワクチンの種類 [Vaccine Type]	メーカー [Manufacturer]	製品名 [Product Name]	製造番号 [Lot Number]	接種国 [Country of Vaccination]
2021-04-02	COVID-19 mRNA	ファイザー [Pfizer/BioNTech]	コミナティ [COMIRNATY]	ABC123	日本 [JAPAN]
2021-04-23	COVID-19 mRNA	ファイザー [Pfizer/BioNTech]	コミナティ [COMIRNATY]	DEF456	日本 [JAPAN]
2021-12-23	COVID-19 mRNA	ファイザー [Pfizer/BioNTech]	コミナティ [COMIRNATY]	GHI789	日本 [JAPAN]

証明書発行者 [Certificate Issuance Authority]  
 東京都港区関市市長  
 [Mayor of Kasumigaeki City, Tokyo Metropolis]  
 日本国厚生労働大臣  
 [Minister of Health, Labour and Welfare, Government of Japan]

証明書ID [Certificate Identifier]: 011002-20211226-XXXXXX  
 証明書発行年月日 [Issue Date (YYYY-MM-DD)]: 2021-12-26

■接種証明（電子）

**見本**

接種回数 **2回**

最終接種日  
 2021年08月31日

ワクチンの詳細

接種年月日 2021年08月10日

ワクチンの種類  
 COVID-19 mRNA

メーカー  
 ファイザー

製品名  
 コミナティ

## 新型コロナウイルスワクチン接種の予診票（1・2回目用）

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

※ワクチン接種後に医療機関において貼り付けてください  
 ※左側に合わせ、まっすぐに貼り付けてください  
 （クーポン貼付）

住民票に記載されている住所	兵庫 都 道 神 戸 (市) 区 村	
フリガナ		
氏名	電話番号	( ) ( ) ( ) - ( ) ( ) ( )
生年月日 (西暦)	年 ( ) ( ) 月 ( ) ( ) 日 生 (満 ( ) ( ) 歳)	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 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: 年 月 日、2回目: 年 月 日) 接種を受けたワクチン( )	<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、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。	<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	
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 ( <input type="checkbox"/> 可能 ・ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 時間外(受付時間 : ( ) ( ) ) <input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> 小児(6歳未満) <input type="checkbox"/> 予備① <input type="checkbox"/> 予備② <small>※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適く塗りつぶしてください。</small>
---------	---

### 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、成年被見人の場合は本人又は成年被見人自署)

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"/> ml	実施場所	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		医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
			202 年 ( ) 月 ( ) 日

・参考資料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（6版）」  
第2章の2の（2）のウ（表3）

表3 高齢者施設等の範囲

対象の高齢者施設等には、例えば、以下の施設であって、高齢者等が入所・居住するものが含まれる。

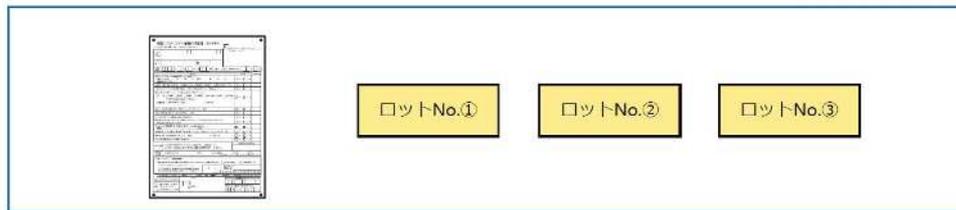
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 介護保険施設               <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護老人福祉施設</li> <li>・ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護</li> <li>・ 介護老人保健施設</li> <li>・ 介護医療院</li> </ul> </li> <li>○ 居住系介護サービス               <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定施設入居者生活介護</li> <li>・ 地域密着型特定施設入居者生活介護</li> <li>・ 認知症対応型共同生活介護</li> </ul> </li> <li>○ 老人福祉法による施設               <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 養護老人ホーム</li> <li>・ 軽費老人ホーム</li> <li>・ 有料老人ホーム</li> </ul> </li> <li>○ 高齢者住まい法による住宅               <ul style="list-style-type: none"> <li>・ サービス付き高齢者向け住宅</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 生活保護法による保護施設               <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 救護施設</li> <li>・ 更生施設</li> <li>・ 宿所提供施設</li> </ul> </li> <li>○ 障害者総合支援法による障害者支援施設等               <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 障害者支援施設</li> <li>・ 共同生活援助事業所</li> <li>・ 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）</li> <li>・ 福祉ホーム</li> </ul> </li> <li>○ その他の社会福祉法等による施設               <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 社会福祉住居施設（日常生活支援住居施設を含む）</li> <li>・ 生活困窮者・ホームレス自立支援センター</li> <li>・ 生活困窮者一時宿泊施設</li> <li>・ 原子爆弾被爆者養護ホーム</li> <li>・ 生活支援ハウス</li> <li>・ 婦人保護施設</li> <li>・ 矯正施設（※患者が発生した場合の処遇に従事する職員に限る）</li> <li>・ 更生保護施設</li> </ul> </li> </ul>
---	---

・参考資料2 接種券が間に合わない方に対して接種する場合の医療機関の事務処理

接種当日



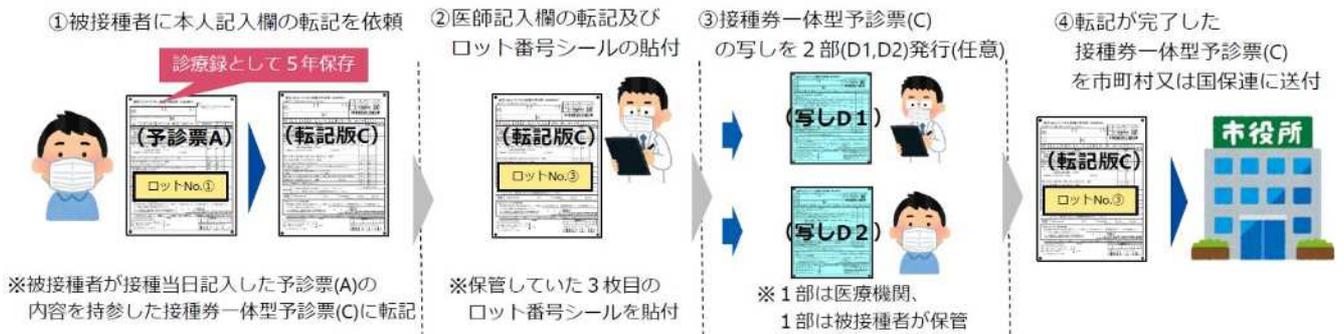
※最初に医療機関にある資材：接種券なしの予診票、ロット番号シール×3



※接種記録書発行のため、上記と合わせて、「接種記録書（別紙7）」とロット番号シール（大1枚）の準備が必要です。  
接種後、「接種記録書（別紙7）」にロット番号シール（大1枚）を貼り、必要事項を記入し、ご本人にお渡しください。

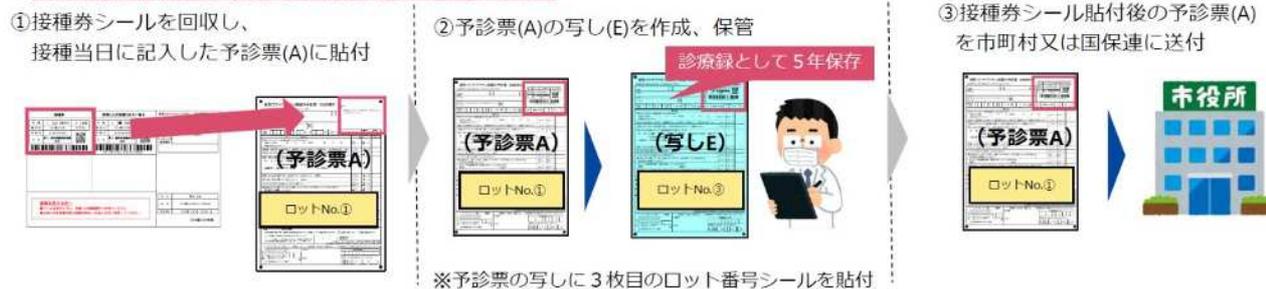
後日、接種券入手時（神戸市外に住民票がある場合）

ア. 接種券が接種券一体型予診票（新様式）の場合



上記方法の他に、接種券一体型予診票（新様式）から接種券部分を切り取り、接種当日に作成した予診票（A）にのり付けで貼付したもの（参考資料3）を国保連に送付いただくことも可能です。

イ. 接種券が接種券（兼）接種済証（シール型）の場合



### 参考資料3 別データ

## 接種券一体型予診票から接種券部分を切り取り、 接種時に記載した予診票へ貼り付ける方法

### 切り取り範囲

- ・ 縦 33.0 ~ 35.0 mm
- ・ 横 63.0 mm

### 切り取った接種券貼付方法

- ・ 切り取った接種券をのりで貼り付ける。
- ・ 接種券のはがれ等がないよう、四方までしっかりとのり付けすること。

追加接種用)

種別	2 (□子供のみ)	3	項目
請求先	○市	○市	123456
番号	1234567890		
氏名	厚生 太郎		
 231234561234567890			

市町 村

市町 村

追加接種用)

※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

のりで貼り付け

追加接種用)

性別	診察前の体温	度	分
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			

市町より届いた接種券一体型予診票

接種時に記載した予診票