

受付

- 窓口に来た接種希望者の接種券と予診票を確認し、それぞれに記載された氏名等と、本人確認書類（運転免許証、被保険者証等）の内容を確認し、本人確認を行う。
- 接種希望者は、原則、住民票所在地の市町村において接種を受けることになる。
 - ※基礎疾患を有する者がかかりつけ医で接種する場合は他市町村でも接種できる。
 - ※近接する複数市町村で一体となって接種体制を構築する場合は、同一市町村とみなす。

予診

- 接種を行う前に、問診・検温・必要な診察を行い、予防接種を受けることが適当でない者又は予防接種の判断を行うに際して注意を要する者に該当するか否かを調べる。

接種後

- 予診票に、接種券のシールと、ワクチン名・ロット番号のシールを貼付する。
- 予診票の写し（コピー）を医療機関において保管する。
- 接種が終わった後、アナフィラキシーや血管迷走神経反射等の症状が生じることがあるため、接種後に接種会場において一定期間観察を行う。

4. 接種実施医療機関等の検索及び予約受付状況の見える化について

- コロナワクチン接種総合案内サイト「コロナワクチンナビ」(公開サイト)では、
 - ・居住地でワクチン接種を受けられる医療機関はどこにあるのか、どのワクチンを扱っているのか
 - ・その医療機関の現在の予約受付状況といった情報を提供する。

接種予約できる医療機関等の探し方



各自治体のホームページに、該当自治体ページをリンクできる

① 都道府県を選択



② 市町村を選択



どの医療機関で現在予約受付可能か一目でわかる

③ 市町村内の接種医療機関等を探す

医療機関名や郵便番号の絞り込みも可能

[+] を開くと、各医療機関の詳細情報（予約方法、お知らせ等）を明記している

※全て現時点の画面イメージであり、今後変更予定です。

接種券・予診票

- 接種希望者が持参する接種券と予診票のイメージを以下に示す。

接種希望者が持参する接種券等のイメージ

接種券				診察しが接種できない場合				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						
券種	2	ワクチン接種	1	回目	券種	1	予診のみ	1	回目	接種年月日	2021年	月	日	接種場所
請求先	〇〇県〇〇市			123456	請求先	〇〇県〇〇市			123456	製造番号	XXXXXXXX			
券番号	1234567890				券番号	1234567890				ファイザー(株)	EXP: YYYY.MM.DD			
氏名	厚生 太郎				氏名	厚生 太郎				QRコード	[QR Code]			
[Barcode]				OCRライン(18桁)	[Barcode]				OCRライン(18桁)	[Barcode]				
券種	2	ワクチン接種	2	回目	券種	1	予診のみ	2	回目	接種年月日	2021年	月	日	接種場所
請求先	〇〇県〇〇市			123456	請求先	〇〇県〇〇市			123456	(シール貼付け)				
券番号	1234567890				券番号	1234567890				氏名	厚生 太郎			
氏名	厚生 太郎				氏名	厚生 太郎				住所	〇〇県〇〇市〇〇 999-99			
[Barcode]				OCRライン(18桁)	[Barcode]				OCRライン(18桁)	生年月日				〇〇年 〇〇月 〇〇日 生
接種を受ける方へ ●シールは剥がさず、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。												〇〇県〇〇市長 日本 一郎		

予診票のイメージ

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区を入れてください。

券種	2	ワクチン接種	1	回目
請求先	〇〇県〇〇市			123456
券番号	1234567890			
氏名	厚生 太郎			
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
生年月日	年	月	日	日生(満)
年齢	歳			接種前の体温
医師記入欄				医師記入欄
接種者が、コロナワクチン接種の対象者であることを確認した。(<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない) 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、副反応及び接種後検査受診制度について、説明した。 <input type="checkbox"/> 接種者は令和3年4月1日時点で6歳未満である(該当する場合は塗りつぶしてください)				医師署名又は記名押印
コロナワクチン接種希望書(医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。) 医師の診察・問診を受け、接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますが、(<input type="checkbox"/> 接種を希望します <input type="checkbox"/> 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、本予診票が市区町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険連合会に提出されることに同意します。				
年 月 日 接種者自筆 <small>(お名前または住所が正確に記述され、接種年月日及び接種場所が正しいことを確認してください)</small>				
ワクチンロット番号	接種量	実施場所	実施場所・医師名・接種年月日	医師健診コード
BNT162 XXXXXXXX ファイザー(株) EXP: YYYY.MM.DD	ml	医師名	接種年月日	2022年 月 日
※枠内にシールを貼り付けてください。 (注)有効期限が切れていないが確認				

①接種券を貼付

②接種済証に貼付

③予診票に貼付



BNT162 XXXXXXXX
ファイザー(株)
EXP: YYYY.MM.DD

メーカーが提供するシールのイメージ