

# Your Vaccination Ticket, Screening Questionnaire, and

## Certificate of Vaccination

Your vaccination ticket, screening questionnaire, and certificate of vaccination are all enclosed in the envelope sent from the municipality where you have your certificate of residence (Ju-min-hyo).

See the two common types below; however, you may be instructed to print out the screening questionnaire from the municipal website. please check in advance and **bring all of them with you on the day of your appointment.**

### Type 1: Screening Questionnaire is separate from Vaccination Ticket

#### Screening Questionnaire

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票 (追加接種用)

※大枠内に記入またはチェックのを入れてください。

※左欄に記入し、右欄に記入してください。

氏名: 厚生 太郎

住所: ○○県○○市

生年月日: ○○年 ○○月 ○○日 生

性別:  男  女

接種の回数: 1回目  2回目  3回目

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

現時点で住居のある町村と、接種券又は右上の請求先に記載されている町村は同じですか。  はい  いいえ

「新型コロナウイルスの説明書」を読んで、効果や副作用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

治療内容:  毛細血管拡張剤  その他( )

治療内容:  血をサラサラにする薬( )  その他( )

最近1ヶ月以内に熱が上がり、病気がかかったことはありませんか。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

いんよん(ひきまつり)を起したことがありますか。  はい  いいえ

薬や食品などで、重いアレルギー反応(アナフィラキシーなど)を起したことがありますか。薬・食品など( )  はい  いいえ

これまで予防接種を受けて具合が悪くなったことはありませんか。種類( )  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)はありませんか。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たことがありますか。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: 以上の問診及び問診の結果、今日の接種は  可  不可  不明

本人に対して、接種の必要、禁忌及び予防接種後経過観察事項について、説明した。  はい  いいえ

常務委員記入欄:  接種券の発行  接種  小児科医の検診  予防  接種券の返却

新型コロナウイルス接種者調査書

医師の診察、説明を受け、接種の同意や同意撤回について理解した上で、接種を受けます。(  接種を希望します  接種を希望しません)

この予診票は、接種の同意や同意撤回を記録するに使用します。

接種券番号: 1234567890

接種日: 2022年 月 日

接種場所: 接種券に記載の場所

ワケ名(コト)番号: 接種券番号

接種券番号: 1234567890

接種日: 2022年 月 日

接種場所: 接種券に記載の場所

### Vaccination Ticket & Certificate of Vaccination Combined

接種券

接種券番号: 1234567890

氏名: 厚生 太郎

住所: ○○県○○市

生年月日: ○○年 ○○月 ○○日 生

性別:  男  女

接種の回数: 1回目  2回目  3回目

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

現時点で住居のある町村と、接種券又は右上の請求先に記載されている町村は同じですか。  はい  いいえ

「新型コロナウイルスの説明書」を読んで、効果や副作用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

治療内容:  毛細血管拡張剤  その他( )

治療内容:  血をサラサラにする薬( )  その他( )

最近1ヶ月以内に熱が上がり、病気がかかったことはありませんか。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

いんよん(ひきまつり)を起したことがありますか。  はい  いいえ

薬や食品などで、重いアレルギー反応(アナフィラキシーなど)を起したことがありますか。薬・食品など( )  はい  いいえ

これまで予防接種を受けて具合が悪くなったことはありませんか。種類( )  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)はありませんか。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たことがありますか。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: 以上の問診及び問診の結果、今日の接種は  可  不可  不明

本人に対して、接種の必要、禁忌及び予防接種後経過観察事項について、説明した。  はい  いいえ

常務委員記入欄:  接種券の発行  接種  小児科医の検診  予防  接種券の返却

新型コロナウイルスワクチン接種者調査書

医師の診察、説明を受け、接種の同意や同意撤回について理解した上で、接種を受けます。(  接種を希望します  接種を希望しません)

この予診票は、接種の同意や同意撤回を記録するに使用します。

接種券番号: 1234567890

接種日: 2022年 月 日

接種場所: 接種券に記載の場所

ワケ名(コト)番号: 接種券番号

接種券番号: 1234567890

接種日: 2022年 月 日

接種場所: 接種券に記載の場所

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	1回目	2回目
年 月 日	年 月 日	年 月 日
メーカー		
Lot No.		
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。

### Type 2: Screening Questionnaire is combined with Vaccination Ticket

#### Screening Questionnaire (Combined with Vaccination Ticket)

Vaccination Ticket Here

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票 (追加接種用)

※大枠内に記入またはチェックのを入れてください。

氏名: 厚生 太郎

住所: ○○県○○市

生年月日: ○○年 ○○月 ○○日 生

性別:  男  女

接種の回数: 1回目  2回目  3回目

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

現時点で住居のある町村と、接種券又は右上の請求先に記載されている町村は同じですか。  はい  いいえ

「新型コロナウイルスの説明書」を読んで、効果や副作用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

治療内容:  毛細血管拡張剤  その他( )

治療内容:  血をサラサラにする薬( )  その他( )

最近1ヶ月以内に熱が上がり、病気がかかったことはありませんか。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

いんよん(ひきまつり)を起したことがありますか。  はい  いいえ

薬や食品などで、重いアレルギー反応(アナフィラキシーなど)を起したことがありますか。薬・食品など( )  はい  いいえ

これまで予防接種を受けて具合が悪くなったことはありませんか。種類( )  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)はありませんか。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たことがありますか。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: 以上の問診及び問診の結果、今日の接種は  可  不可  不明

本人に対して、接種の必要、禁忌及び予防接種後経過観察事項について、説明した。  はい  いいえ

常務委員記入欄:  接種券の発行  接種  小児科医の検診  予防  接種券の返却

新型コロナウイルス接種者調査書

医師の診察、説明を受け、接種の同意や同意撤回について理解した上で、接種を受けます。(  接種を希望します  接種を希望しません)

この予診票は、接種の同意や同意撤回を記録するに使用します。

接種券番号: 1234567890

接種日: 2022年 月 日

接種場所: 接種券に記載の場所

ワケ名(コト)番号: 接種券番号

接種券番号: 1234567890

接種日: 2022年 月 日

接種場所: 接種券に記載の場所

### 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: 1234567890

3回目	氏名	厚生 太郎
接種年月日	メーカー/Lot No.	○ ○ 県 ○ ○ 市 ○ ○ 999-99
年	(シール貼付け)	生年月日
月 日		○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日 生
接種場所		○ ○ 県 ○ ○ 市長

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	1回目	2回目
年 月 日	年 月 日	年 月 日
メーカー		
Lot No.		
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。