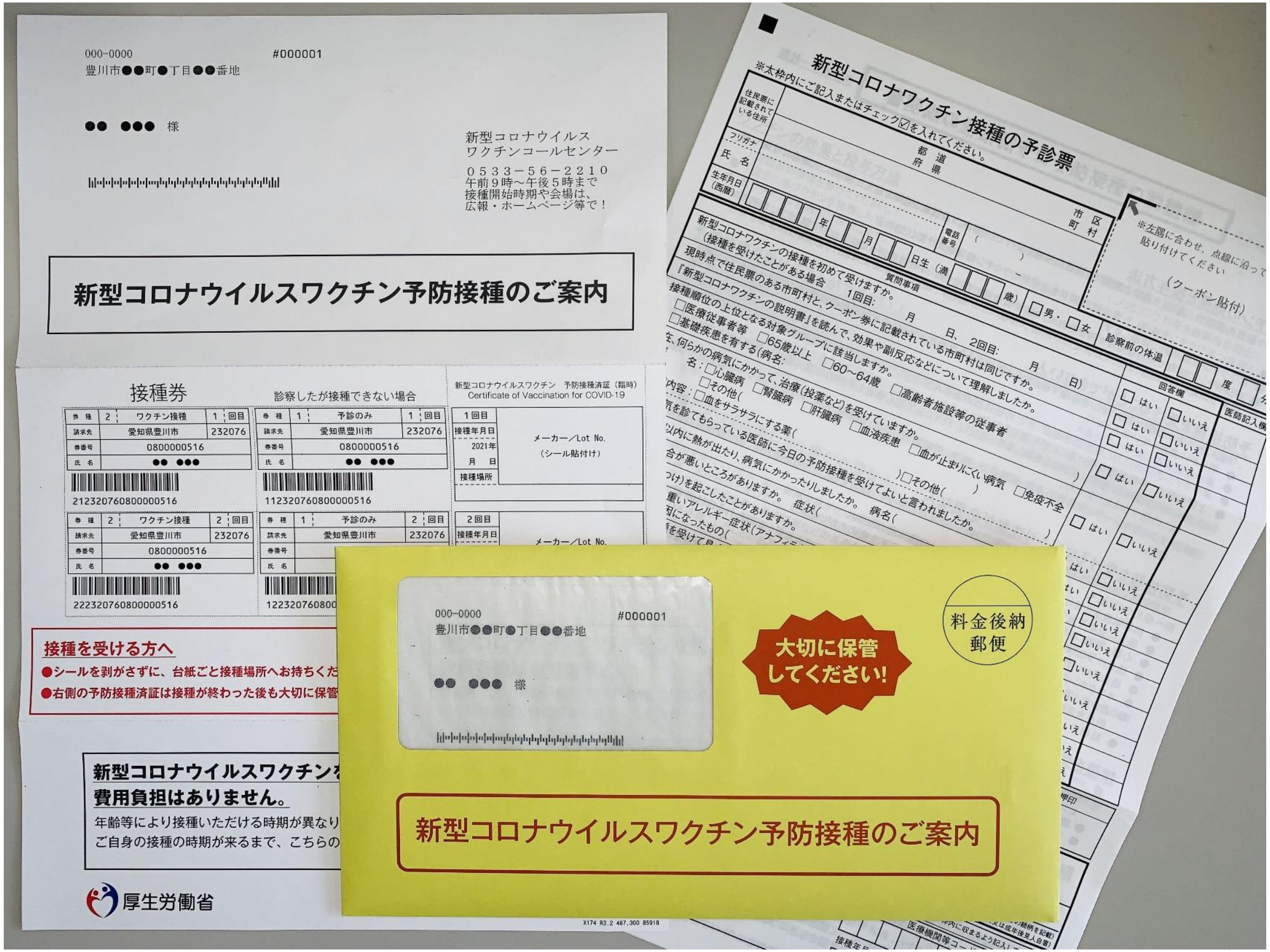

000-0000 #000001
豊川市●●町●丁目●●番地

●● ●●● 様

新型コロナウイルス
ワクチンコールセンター
０５３３−５６−２２１０
午前９時〜午後５時まで
接種開始時期や会場は、
広報・ホームページ等で！

新型コロナウイルスワクチン予防接種のご案内

接種券

券種	2	ワクチン接種	1	回目
請求先	愛知県豊川市		232076	
券番号	0800000516			
氏名	●● ●●●			

21232076080000516

券種	2	ワクチン接種	2	回目
請求先	愛知県豊川市		232076	
券番号	0800000516			
氏名	●● ●●●			

22232076080000516

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	愛知県豊川市		232076	
券番号	0800000516			
氏名	●● ●●●			

11232076080000516

券種	1	予診のみ	2	回目
請求先	愛知県豊川市		232076	
券番号				
氏名				

122320760800

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	メーカー／Lot No. （シール貼付け）
接種年月日 2021年 月　日	
接種場所	

2回目	メーカー／Lot No.
接種年月日	

接種を受ける方へ

●シールを剥がさずに、台紙ごと接種場所へお持ちくだ

●右側の予防接種済証は接種が終わった後も大切に保管

新型コロナウイルスワクチンを
費用負担はありません。
年齢等により接種いただける時期が異なり
ご自身の接種の時期が来るまで、こちらの

厚生労働省

X174 R3.2 487,300 85918

000−0000 #000001
豊川市●●町●丁目●●番地

●● ●●● 様

料金後納
郵便

大切に保管してください！

新型コロナウイルスワクチン予防接種のご案内

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。

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
生年月日（西暦） □□□□年□□月□□日生（満□□□歳）　□男・□女
電話番号（　　）　−
診察前の体温 □□度□

※左欄に合わせ、点線に沿って
貼り付けてください
（クーポン貼付）

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）	□はい	□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。	□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	
接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。 □医療従事者等　□65歳以上　□60~64歳　□高齢者施設等の従事者 □基礎疾患を有する(病名:　　)	□はい	□いいえ	
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。 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 □その他(　　) 内容：□血をサラサラにする薬(　　)□その他(　　)	□はい	□いいえ	
気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	□はい	□いいえ	
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	
合が悪いところがありますか。　症状(　　)	はい	□いいえ	
つけ)を起こしたことがありますか。		□いいえ	
重いアレルギー症状（アナフィラ 因になったもの(		いいえ	
種を受けて具			