

【別紙】

＜予防接種済証の場合＞

接種券				予約のみ				新型コロナウイルスワクチン Certificate of Vaccination	
接種券	2	ワクチン接種	1	回目	接種券	1	予約のみ	1	回目
請求先	〇〇県〇〇市			123456	請求先	〇〇県〇〇市			123456
接種番号	1234567890				接種番号	1234567890			
氏名	厚生 太郎				氏名	厚生 太郎			
									
OCRライン (18桁)					OCRライン (18桁)				
接種券	2	ワクチン接種	2	回目	接種券	1	予約のみ	2	回目
請求先	〇〇県〇〇市			123456	請求先	〇〇県〇〇市			123456
接種番号	1234567890				接種番号	1234567890			
氏名	厚生 太郎				氏名	厚生 太郎			
									
OCRライン (18桁)					OCRライン (18桁)				
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。									
氏名		厚生 太郎							
住所		〇〇県〇〇市〇〇 999-999							
生年月日		〇〇年 〇〇月 〇〇日 生							
〇〇県〇〇市長 日本 一部									

2 回分シールが貼られているか確認。
2 回目以降 14 日経過しているか確認。

運転免許証等により、本人のものか確認。

＜接種記録書の場合＞

新型コロナワクチン接種記録書 Record of Vaccination for COVID-19			
1回目 接種年月日 2021年 月 日 接種会場		2回目 接種年月日 2021年 月 日 接種会場	
氏名 : _____ 住所 : _____ 生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日			
新型コロナワクチンの接種を受けた医療従事者等の方へ ○ 上記の接種記録書は、2回目の接種でもシールを貼付しますので、2回目の接種にもご持参ください。接種記録書は、接種の記録となりますので、大切に保管してください。 ○ 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。) ○ 後日、市町村から郵送される接種券は、使用しないでください。 ○ 2回目の接種時に、「接種券付き予約票」と「接種記録書」をご持参ください。			
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。			
			

2 回分シールが貼られているか確認。
2 回目以降 14 日経過しているか確認。

運転免許証等により、本人のものか確認。

<接種証明書の場合>

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(旧姓)(別姓) 名(別名) [Surname(Former surname)(Alternative surname) Given name(Alternative given name)]	
生年月日 [Date of Birth](YYYY-MM-DD)	
国籍・地域 [Nationality/Region]	
旅券番号 [Passport Number]	
1回目接種 [First Dose]	2回目接種 [Second Dose]
ワクチンの種類 [Vaccine Type]	ワクチンの種類 [Vaccine Type]
メーカー [Manufacturer]	メーカー [Manufacturer]
製品名 [Product Name]	製品名 [Product Name]
製造番号 [Lot Number]	製造番号 [Lot Number]
接種年月日 [Vaccination Date](YYYY-MM-DD)	接種年月日 [Vaccination Date](YYYY-MM-DD)
接種国 [Country of Vaccination]	接種国 [Country of Vaccination]
証明書発行者 [Certificate Issuance Authority]	
日本国厚生労働大臣 [Minister of Health, Labour and Welfare, Government of Japan]	
証明書ID [Certificate Identifier]	証明書発行年月日 [Issue Date](YYYY-MM-DD)

運転免許証等により、本人のものか確認。

2回接種しているか、2回目以降14日経過しているか確認。

出典: 厚生労働省ホームページ

＜検査結果通知書の様式例＞

検査結果通知書

- この検査結果は、「ワクチン・検査パッケージ制度」等においてのみ有効です。
- 利用の際に、身分証明書とともに提示してください。
- 新型コロナウイルス感染者の患者であるかどうかの診断には用いることができません。

陽性の方は、速やかに医療機関を受診してください。

☐ 受検者氏名

(フリガナ)

☐ 検体採取日※1

☐ 検査結果

・ ・

☐ 有効期限※2

☐ 検査方法

・ ・

☐ 検体

・ ・

☐ 使用した検査試薬又は検査キット名

※1 検査日のみがわかる場合は検査日を記入。抗原定性検査の場合は検査日。
 ※2 有効期限：PCR検査等は採取日+3日、抗原定性検査は検査日+1日

☐ 事業所名（又は検査所名）

☐ 検査管理者氏名

【陽性の場合】

☐ 医療機関を受診してください。

☒ 〇〇 受診・相談センターに電話し受診先について相談してください

電話番号

運転免許証等により、本人のものか確認。

陰性であることを確認。

有効期限内であることを確認。

いずれかの検査であることを確認。