

## 会場案内

【会場名】西新橋保健センター

【所在地】

東京都港区西新橋3-12-8

【交通】

新橋駅烏森口徒歩12分・御成門駅A5出口徒歩6分  
 虎ノ門駅1番出口徒歩11分  
 神谷町駅3番出口徒歩10分・虎ノ門ヒルズ駅A1出口徒歩9分



※接種会場を変更された場合は、必ず新しい接種会場へお越しください。  
 接種会場が分からない場合は、予約サイト内のマイページにて確認頂くことができます。

※接種当日の連絡先(道に迷われた等)  
 03-3459-8742

## 同封書類の内容

- ・本紙
- ・予診票 2枚 (1回目/2回目それぞれ使用)
- ・接種記録書 1枚
- ・ご案内「血をサラサラにする薬を飲まれている方へ」
- ・新型コロナワクチン予防接種についての説明書

## 当日の持ち物・注意点

### ○予診票 1枚

事前にご記入の上お持ちください。裏面の記入例参照。  
 ※自治体から配布される予診票をお持ちの方も、こちらをご利用ください。

### ○自治体から配布される接種券

接種当日において接種券がなくても接種可能です。

#### ▶既に接種券がお手元に届いている方

「接種券」を必ずご持参ください。  
 同封の「接種記録書」はご持参不要です。

#### ▶接種券をお持ちでない方

同封の「接種記録書」を記載の上ご持参ください(右記記入例参照)

### ○本人確認書類

ご自身の保険証を必ずご持参ください。  
 ※お忘れになりますと、接種ができませんのでご注意ください

## 接種記録書記入例

太枠内を事前にご記入ください。

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: 2020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方へ

後日、市町村から届いた接種券を必ず持参してください。

- 上記の接種記録書は、2回目の接種で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。
  - 後日、市町村から届いた接種券は、接種会場又は接種会場を主催している企業等にお持ちください。
  - 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8週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署
  - 東京都新型コロナウィルスワクチン副反応相談センター 03-6258-5802
- 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回目接種のご案内

○1回目接種の接種当日に、4週間後の同じ会場・曜日・時間で2回目のご予約をお取り致します。

詳しくは、TJK職域接種HP内の「1回目と2回目の日付の組み合わせ」をご参照ください。

例：1回目「TJKプラザ」8/2(月)10:00 → 2回目「TJKプラザ」8/30(月)10:00

○1回目ご持参頂いた接種券について

1回目の接種後にご返却致しますので、2回目も必ずご持参ください。

○2回目接種日までに「接種券」が自治体から届いた方は、

「接種券」と1回目でワクチンシールが貼られた「接種記録書」を必ずご持参ください。

# 予診票の記入例

事前に太枠箇所をご記入の上、接種当日ご持参お願い致します。(1,2回目ともに)  
なお必ずボールペンで記載ください。(消えるボールペンは不可)

### 新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

※太枠内にご記入またはチェックマークを入れてください。

住民票に記載されている住所	東京 <input checked="" type="radio"/> 道府県 <input checked="" type="radio"/> 千代田 市町 <input checked="" type="radio"/> 村 富士見1-12-8	※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
フリガナ	トウキョウ タロウ	(クーポン貼付)
氏名	東京 太郎	
生年月日(西暦)	1997年10月11日生(満23歳)	診察前の体温
	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	36度3分

住民票記載の住所・氏名

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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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。 「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: )」	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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( )	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬( ) <input type="checkbox"/> その他( )		
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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ	

当日、自宅もしくは会場で検温した体温

必要事項を記入し、回答欄にはレ点

※接種当日、医師の診察・説明後に記入

#### 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日署

(※市県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)

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
	シール貼付位置		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	<input type="text"/> ml	医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
	(注)有効期限が切れていないの確認			202 年 月 日

接種日の日付・ご自身の署名

**お問い合わせ先**  
**【TJK職域接種コールセンター】**  
 平日(土日祝除く) 9:30~17:00 電話番号: 03-5369-4518