

【「こうべ E-mail 接種券」による接種にあたっての注意事項】

① 接種する際には、被接種者が持つ3回目の接種記録で、3回目の接種後5カ月を経過していることを、必ず確認してください。

- ※ 「こうべ E-mail 接種券」は、3回目接種後5カ月が経過する前でも発行されません。
- ※ 「3回目の接種記録」は、ロット番号シールが貼り付けされた接種済み証・接種記録書、新型コロナワクチン接種証明書アプリ（デジタル庁提供）、自治体が発行した接種証明書といった公的な証明で確認してください。

② 「60歳未満の基礎疾患を有する方等」の具体的な要件は、次の（ア）（イ）（ウ）のいずれかに該当する方ですので、接種の前に要件に該当するかどうかを、必ず確認してください。

- ※ 確認は、被接種者からの口頭での申し出でのみでも差し支えありません。
- ※ 被接種者の要件の確認結果を予診票等に記録していただく必要はありません。
- ※ 急遽キャンセルが出た等の場合でも、4回目の接種ができる対象者は、「60歳以上の方」または「60歳未満の基礎疾患を有する方等」に該当する方であり、それ以外の方に接種することはできません。
- ※ 明らかに要件に該当しない方に接種した場合、「間違い接種」扱いとなり、接種費用のお支払いができませんのでご注意ください。

（ア）下記のいずれかの疾患等で、通院または入院している方。

- 慢性の呼吸器の病気
- 慢性の心臓病（高血圧を含む。）
- 慢性の腎臓病
- 慢性の肝臓病（肝硬変等）
- インスリンや飲み薬で治療中の糖尿病又は他の病気を併発している糖尿病
- 血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。）
- 免疫の機能が低下する病気（治療や緩和ケアを受けている悪性腫瘍を含む。）
- ステロイドなど、免疫の機能を低下させる治療を受けている
- 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患
- 神経疾患や神経筋疾患が原因で身体の機能が衰えた状態（呼吸障害等）
- 染色体異常
- 重症心身障害（重度の肢体不自由と重度の知的障害とが重複した状態）
- 睡眠時無呼吸症候群

- 重い精神疾患（精神疾患の治療のため入院している、精神障害者保健福祉手帳を所持している、又は自立支援医療（精神通院医療）で「重度かつ継続」に該当する場合）や知的障害（療育手帳を所持している場合）

※ 精神障害者保健福祉手帳又は療育手帳を所持している方については、通院又は入院をしていない場合も、該当します。

(イ)下記のいずれかにあてはまる方。

- BMI が 30 以上である
- 新型コロナウイルス感染症にかかった場合の重症化リスクが高いと医師に認められた

(ウ) 医療従事者等及び高齢者施設等の従事者。

- ③ 接種記録の証明として、接種記録書に、接種回数、接種年月日、接種会場（医療機関名）を医療機関で記入した上で、ロット番号シールを貼り付け、被接種者に交付してください。（その際、氏名、住所、生年月日、券番号は被接種者本人に手書きで記載させてください。）**

- ④ 「こうべ E-mail 接種券」専用予診票の右肩に、被接種者が提示する「こうべ E-mail 接種券」に記載された接種券番号を転記した上で、神戸市に対して接種費用等を遅滞なく請求してください。**

※ 「こうべ E-mail 接種券」で接種した場合、接種後の VRS への登録は不要です。

※ 接種券番号が正しく記載されていない場合、接種費用のお支払いができない場合があります。

「こうべ E-mail 接種券」用予診票

「こうべ E-mail 接種券」用接種記録書

※ 追加発送希望は新型コロナワクチン接種事務センター（TEL078-945-8360）までご用命ください。

新型コロナワクチン接種の予診票（神戸市用）

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

※前回の接種日及び接種間隔について各種書面にて必ず確認してください。

※接種券番号が正しく記載されていない場合、接種費用のお支払いができない場合があります。

住民票に記載されている住所	兵庫 都 道 府 県 神戸 市 区 町 村	
フリガナ	氏名	電話番号 () -
生年月日 (西暦)	年 月 日生 (満 歳)	男・女 診察前の体温 度 分

接種券番号をご確認の上、必ずご記入ください。
接種券番号 (10桁)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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受けたことがありますか。 接種回数(回) 前回の接種日(年 月 日) 前回接種を受けた新型コロナワクチンの種類()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現時点で住民票のある市町村と、接種券又は右上の請求先に記載されている市町村は同じですか。	<input 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 type="checkbox"/> はい <input 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"/> 毛細血管漏出症候群 <input type="checkbox"/> その他() 治療内容： <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
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 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 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 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 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 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 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 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 type="checkbox"/> いいえ	

医師記入欄	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、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。	医師署名又は記名押印
-------	---	------------

医療機関記入欄	<input type="checkbox"/> 時間外(受付時間 :) <input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> 小児(6歳未満) <input type="checkbox"/> 予備① <input type="checkbox"/> 予備②
---------	---

※該当する項目について、マークの形からはみ出さないように濃く塗りつぶしてください。

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 保護者自署
-------	-----------------

(※自署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)
(※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被後見人の場合は本人又は成年後見人自署)

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	※医療機関等コード・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。
シール貼付位置	ml	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 (注)有効期限が切れていないか確認		医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
		202 年 月 日	

新型コロナウイルスワクチン接種記録書

Record of Vaccination for COVID-19

回目	メーカー/Lot No. (シール貼付)
接種年月日	
年 月 日	
接種会場	

氏名 : _____

住所 : _____

生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

接種券番号: _____

(枠内は、接種した医療機関等が記載してください。)

新型コロナウイルスワクチンの接種を受けた方へ

- この接種記録書は、「こうべEmail接種券」で接種を受けた方に、通常の接種券で接種を受けた場合に神戸市が発行する接種済証の代わりに、接種会場（医療機関）による接種記録の証明として発行するものです。
- 接種の記録については、この接種記録書によって証明されます。
- 接種が終わった後も大切に保管してください。