



新型コロナワクチン接種のお知らせ

世田谷区へ転入

された方へ

新型コロナワクチンの接種を希望される 12 歳以上の方は、
郵送または電子申請で「新型コロナワクチン接種券(1・2回目用
または 3 回目用)」の発行を申請してください。



手続き方法

次のいずれかの方法で手続きしてください。申請から2週間程度でお届けします。
申請には、1・2回目の接種記録がわかるものの写しの添付が必要です。
(これから初めてワクチンを接種する方は不要)

○郵送申請

送付先:〒154-8504 世田谷区世田谷 4 丁目 21 番 27 号
世田谷区役所 住民接種担当部 住民接種調整担当課

必要な書類: 「新型コロナワクチン接種券発行申請書兼
接種記録確認同意書(転入者用)」

接種記録がわかるものの写し これから初めてワクチンを接種する方は不要
(接種済証、接種記録書、接種証明書、のいずれか1つ。裏面に様式あり)

住民票上の住所以外への送付を希望される方は、以下の書類のいずれか1つ
(送付先に住んでいることが分かる資料(郵便物の宛名、公共料金の支払い明細書
等)の写し)

○電子申請

スマートフォンやパソコンから入力する。>>>>

世田谷区 新型コロナワクチン接種

検索



ワクチンは本人の同意のうえで接種します。(強制ではありません。)

現在、病気で治療中の方や、体調など接種に不安がある方は、かかりつけ医等とご相談のうえ、
ワクチンを接種するかどうかお決め下さい。

お問い合わせ先

世田谷区新型コロナワクチンコール

0120-136-652 平日:午前8時30分~午後8時

土日祝:午前8時30分~午後5時30分

FAX 5687-2020 FAXは聴覚に障害のある方がご利用できます。

参考資料

○接種記録書

新型コロナウイルスワクチン接種記録書
Record of Vaccination for COVID-19

1回目	2回目
接種年月日	接種年月日
接種会場	接種会場
接種者	接種者

氏名: _____
住所: _____
生年月日: 年 月 日


新型コロナウイルスワクチンの接種を受けた医療従事者の方へ

- 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。
- 市町村が実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。（発行まで時間をお要する場合があります。）
- 後日、市町村から郵送される接種済証は、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。

新型コロナウイルスワクチンに関する指針先

- 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・市町村の接種窓口
- 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

新型コロナウイルス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。



○予診票（本人控え）

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

※大枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

〒_____ 市町 _____

氏名 _____ (クーポン貼付)

生年月日 _____ (男女) _____ 接種者の姓 _____ 接種者の姓 _____

接種者情報	接種者	接種日
新型コロナウイルスワクチンの接種を始めて受けますか。 (接種を受けたことがある場合: 1回目: 月 日, 2回目: 月 日)	<input 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 type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
「新型コロナウイルスワクチンの副作用」を添って、効果や副作用などについて経験しましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
接種部位の上位となる対象グループに該当しますか。 □変換従事者等 □85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 type="checkbox"/> いいえ	
現在、何らかの病気にかかって、治療(経過)などを受けていますか。 病 名: □心臓病 □糖尿病 □膠原病 □血液疾患 □血が止まりにくい病気 □免疫不全 □その他(_____)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
治療内容: □血をサラサラにする薬(_____) □次の薬(_____)		
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしたか。 (病名: _____)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日、体に具合が悪いことがあつたか。 症状: _____	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
けいれん(けいけん)を経験したことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
家や食店などで、新しいプレートやプラネジ(アナフィラキシー)を経験したことがありますか。 薬・食品など原因となったもの(_____)	<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)はありませんか。または、母乳中ですか。	<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はありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

接種記録書に貼付するシールの番号(_____)

接種者(_____)

接種日(_____)

接種者情報(_____)

接種者情報(_____)

接種者情報(_____)

接種者情報(_____)

接種者情報(_____)

○新型コロナウイルスワクチン予防接種済証（臨時）

接種券

券 種	2	ワクチン接種	1	回目
請求先	東京都世田谷区		131121	
券番号	0123456789			
氏 名	世田谷 太郎			



211311210123456789

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	東京都世田谷区		131121	
券番号	0123456789			
氏 名	世田谷 太郎			



111311210123456789

接種券

券 種	2	ワクチン接種	2	回目
請求先	東京都世田谷区		131121	
券番号	0123456789			
氏 名	世田谷 太郎			



221311210123456789

診察したが接種できない場合

券 種	1	予診のみ	2	回目
請求先	東京都世田谷区		131121	
券番号	0123456789			
氏 名	世田谷 太郎			



121311210123456789

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

2回目 接種年月日	_____
年 月 日	_____
接種場所	_____
メーカー/Lot No. (シール貼付)	

氏名	世田谷 太郎
住所	世田谷区世田谷4丁目21番27号
生年月日	1789年01月23日

東京都世田谷区長 選挙 異人

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。