



## ■ 「こうべE-mail 接種券」の申請方法（神戸市民のみ）

「こうべE-mail 接種券」申請ページ（WEB）から申請してください。

- ※ 申請後、登録されたE メールアドレスにすぐに届きます。
- ※ 神戸市に住民票や住民登録がある方に限って申請できます。
- ※ 神戸市新型コロナワクチン接種コールセンターでは申請できません。
- ※ 「こうべE-mail 接種券」は、神戸市内の個別接種医療機関、集団接種会場に限って使用できます。



## ○ 「こうべE-mail 接種券」での予約方法

「こうべE-mail 接種券」を使って接種を受けられる際には、3回目の接種記録（新型コロナワクチン接種証明書アプリ（デジタル庁提供）による接種証明書やロット番号シールが貼り付けされた接種済み証・接種記録書など）が別途必要です。

### ① かかりつけの診療所・病院の窓口での予約（接種券が届いた日から）

- ・医療機関によって予約の受付方法が異なります。予約の受付方法は、神戸市ホームページ等でご確認ください。
- ・接種を受ける際に、E-mail で届いた「こうべE-mail 接種券」の画面（紙に印刷したものでも可）と3回目の接種記録を医療機関の窓口に表示してください。



### ② インターネットでの予約（接種券が届いた日から（一部の医療機関のみ））

- ・神戸市新型コロナワクチン接種予約サイト（WEB 予約）：24 時間受付
- ・接種を受ける際に、E-mail で届いた「こうべE-mail 接種券」の画面（紙に印刷したものでも可）と3回目の接種記録を医療機関の窓口に表示してください。



問い合わせ先：神戸市新型コロナワクチン接種コールセンター  
078-277-3320

※ 「こうべE-mail 接種券」の申請はコールセンターでは受け付けていません。

## 医療従事者等の詳細な範囲

1. 病院、診療所において、新型コロナウイルス感染症患者（疑い患者を含む。以下同じ。）に頻繁に接する機会のある医師その他の職員
  - ※ 診療科、職種は限定しない。（歯科も含まれる）
  - ※ 委託業者についても、業務の特性として、新型コロナウイルス感染症患者と頻繁に接する場合には、医療機関の判断により対象とできる。
  - ※ バックヤードのみの業務を行う職員や単に医療機関を出入りする業者で、新型コロナウイルス感染症患者と頻繁に接することがない場合には、対象とはならない。
  - ※ 医学部生等の医療機関において実習を行う者については、実習の内容により、新型コロナウイルス感染症患者に頻繁に接する場合には、実習先となる医療機関の判断により対象とできる。
  - ※ 訪問看護ステーションの従事者で、新型コロナウイルス感染症患者と頻繁に接する場合には、病院、診療所に準じて対象に含まれる。
  - ※ 助産所の従事者で、新型コロナウイルス感染症患者と頻繁に接する場合には、病院、診療所に準じて対象に含まれる。
  - ※ 介護医療院、介護老人保健施設の従事者についても、医療機関と同一敷地内にある場合には、医療機関の判断により対象とできる。なお、介護療養型医療施設の従事者は、病院・診療所の従事者と同様に医療従事者等の範囲に含まれる。
  
2. 薬局において、新型コロナウイルス感染症患者に頻繁に接する機会のある薬剤師その他の職員（登録販売者を含む。）
  - ※ 当該薬局が店舗販売業等と併設されている場合、薬剤師以外の職員については専ら薬局に従事するとともに、主に患者への対応を行う者に限る。
  
3. 新型コロナウイルス感染症患者を搬送する救急隊員等、海上保安庁職員、自衛隊職員
  - ※ 救急隊員等の具体的範囲は、新型コロナウイルス感染症患者（疑い患者を含む。）の搬送に携わる以下の者である。
    - ・ 救急隊員
    - ・ 救急隊員と連携して出動する警防要員
    - ・ 都道府県航空消防隊員
    - ・ 消防非常備町村役場の職員
    - ・ 消防団員（主として消防非常備町村や消防常備市町村の離島区域の消防団員を想定）
  
4. 自治体等の新型コロナウイルス感染症対策業務において、新型コロナウイルス感染症患者に頻繁に接する業務を行う
  - ①感染症対策業務
    - ※ 以下のような業務に従事する者が含まれる。
      - ・ 患者と接する業務を行う保健所職員、検疫所職員等  
保健所、検疫所、国立感染症研究所の職員で、積極的疫学調査、患者からの検体採取や患者の移送等の患者と接する業務を行う者

- ・ 宿泊療養施設で患者に頻繁に接する者  
宿泊療養施設において、健康管理、生活支援の業務により、患者と頻繁に接する業務を行う者
- ・ 自宅、宿泊療養施設や医療機関の間の患者移送を行う者

## ②予防接種業務

自治体が新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の特設会場を設ける場合については、当該特設会場は医療機関であることから、予防接種業務に従事する者であって、新型コロナウイルス感染症患者と頻繁に接すると当該特設会場を設ける自治体が判断した者を接種対象とすることができる。ただし、直接会場で予診や接種等を行う者を対象とし、単に被接種者の送迎や会場設営等を行う者等は含まない。

※ 予防接種業務に従事者が、高齢者への接種の実施時期に、ワクチンを接種していない場合は、高齢者への接種の際に併せて接種することができる。都道府県と市町村の調整が可能であり、市町村又は地元の医療機関での接種体制の構築ができる場合は、他の医療従事者等と同様に接種を行うことができる。

## 高齢者施設等の範囲

- 介護保険施設
  - ・ 介護老人福祉施設
  - ・ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
  - ・ 介護老人保健施設
  - ・ 介護医療院
- 居住系介護サービス
  - ・ 特定施設入居者生活介護
  - ・ 地域密着型特定施設入居者生活介護
  - ・ 認知症対応型共同生活介護
- 老人福祉法による施設
  - ・ 養護老人ホーム
  - ・ 軽費老人ホーム
  - ・ 有料老人ホーム
- 高齢者住まい法による住宅
  - ・ サービス付き高齢者向け住宅
- 生活保護法による保護施設
  - ・ 救護施設
  - ・ 更生施設
  - ・ 宿所提供施設
- 障害者総合支援法による障害者支援施設等
  - ・ 障害者支援施設
  - ・ 共同生活援助事業所
  - ・ 重度障害者等包括支援事業所（共同生活援助を提供する場合に限る）
  - ・ 福祉ホーム

○ その他の社会福祉法等による施設

- ・ 社会福祉住居施設（日常生活支援住居施設を含む）
- ・ 生活困窮者・ホームレス自立支援センター
- ・ 生活困窮者一時宿泊施設
- ・ 原子爆弾被爆者養護ホーム
- ・ 生活支援ハウス
- ・ 婦人保護施設
- ・ 矯正施設（※患者が発生した場合の処遇に従事する職員に限る）
- ・ 更生保護施設

(居宅サービス等（介護）)

訪問介護、訪問入浴介護、訪問リハビリテーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、居宅療養管理指導、通所介護、地域密着型通所介護、療養通所介護、認知症対応型通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、福祉用具貸与、居宅介護支援

（注）各介護予防サービス及び介護予防・日常生活支援総合事業（指定サービス・介護予防ケアマネジメント）を含む。

(訪問系サービス等（障害福祉）)

居宅介護、重度訪問介護、行動援護、同行援護、重度障害者等包括支援（訪問系サービス等を提供するもの）、自立生活援助、短期入所、生活介護、自立訓練（機能訓練・生活訓練）、就労移行支援、就労継続支援（A型、B型）、就労定着支援、計画相談支援、地域移行支援、地域定着支援

（注）地域生活支援事業（訪問入浴サービス、移動支援事業、意思疎通支援事業、専門性の高い意思疎通支援を行う者の派遣事業、地域活動支援センター、日中一時支援、盲人ホーム、生活訓練等、相談支援事業）を含む。

## 【「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 神戸 (市) 区 村		
フリガナ			
氏名	電話番号	( )	
生年月日 (西暦)	年	月	日生 (満 歳) <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女

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 <small>※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。</small>
---------	---

**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)

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	医療機関等コード
	シール貼付位置	<input type="checkbox"/> ml	実施場所	<input type="checkbox"/>
	※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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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。