

# 新型コロナワクチン接種の予診票

# 予診票記入例

※太枠内にご記入またはチェック区を入れてください。

※左側に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください。

クーポン（接種券）は貼らないでください。

|               |  |
|---------------|--|
| 住民票に記載されている住所 | 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> 市 区 町 村   |
| フリガナ          | <input type="text"/>   |
| 氏名            | （ <input type="text"/> ）<br>電話番号 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>                                  |
| 生年月日（西暦）      | 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日生（満 <input type="text"/> 歳）<br><input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女 |
|               | 診察前の体温 <input type="text"/> 度 <input type="text"/> 分   |

①

西暦で記入

当日会場で検温しますので記入しないでください。

| 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。<br>1回目: 月 日, 2回目: 月 日   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |       |
| 現在、 <input type="checkbox"/> 市町村、クーポン等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 |       |
| 接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。<br><input type="checkbox"/> 医療従事者等 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60~64歳 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等の従事者<br><input type="checkbox"/> 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(投薬など)を受けていますか。<br>病名: <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液病 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい病気 <input type="checkbox"/> 免疫不全<br><input type="checkbox"/> その他( ) | <input type="checkbox"/> はい <input 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( )   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |       |
| その病気を診察した医師から接種を勧められていますか。   | <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、重いアレルギー反応(アナフィラキシーなど)を起こしたことがありますか。<br>薬・食品など原因( )   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |       |
| これまでに予防接種を受けた種類( ) 産科( )   | <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 |       |

赤枠内を事前に記入してください。

※注意  
こちらの項目のみ、当日会場で記入しますので事前には記入しないでください。

|       |   |            |
|-------|---|------------|
| 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                     | 医師署名又は記名押印 |
|       | 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。<br><input type="checkbox"/> 接種者は未成年者である(該当する場合は塗りつぶしてください) |            |

## 新型コロナワクチン接種者望書

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)

この予診票上、接種の希望を記入してください。

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 保護者自署

(※自署できない場合は保護者が署名し、代筆者氏名及び関係種別との関係を記載)  
(※特別接種者が19歳未満の場合は保護者自署、成年被保護者の場合は本人又は成年被保護者自署)

③ 赤枠内を事前に記入してください。

|       |  |                         |                |                                      |
|-------|--|-------------------------|----------------|--------------------------------------|
| 医師記入欄 | ワクチン名・ロット番号                                  | 接種量                     | 実施場所・区館名・接種年月日 | 実施機関コード・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                                      | <input type="text"/> ml | 実施機関           | 医師署名                                 |
|       | 枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください<br>(注)有効期限が切れている場合があります |                         |                | 接種年月日 ※記入例) 4月1日~04月31日<br>202 年 月 日 |

④ 1回目の予約日時: 月 日 時 会社名: