

※接種券に同封される実際の予診票は複写式のものとなりますので、この用紙は使えません。

新型コロナワクチン接種の予診票

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

※左隅に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください

(クーポン貼付)

住民票に記載されている住所	都道府県	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)	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
診察前の体温		度 分

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希望しますか。(接種を希望する場合は「はい」)	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
現時点で新型コロナウイルス感染症に罹患していますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
『新型コロナワクチン接種の安全性に関する調査』に参加していますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
接種順位 <input type="checkbox"/> 医療 <input type="checkbox"/> 基礎	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
現在、何らかの病気を患っていますか。治療内	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	<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	

青枠・ご家族様にて記載して下さい。
黄色枠・クーポンを添付して下さい。
赤枠・施設で記載いたします。

各項目の記載、クーポンの添付が完了したら、施設受付までご提出下さい。

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) 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。 <input type="checkbox"/> 被接種者は6歳未満である (該当する場合は塗りつぶしてください)	医師署名又は記名押印
-------	---	------------

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。 (<input type="checkbox"/> 接種を希望します ・ <input type="checkbox"/> 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
<small>(※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)</small>	

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・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 ※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	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> ml	実施場所 医師名	医療機関等コード 接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日 202 年 月 日