

※予診票の1回目・2回目両方に記入をお願いします。

【 新型コロナワクチン接種の予診票 記入例 】

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。

| | |
|---------------|---|
| 住民票に記載されている住所 | 都 道 市 区 府 県 町 村 |
| フリガナ | |
| 氏名 | 電話番号 |
| 生年月日(西暦) | 1 9 年 月 日生(満 歳) <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 診察前の体温 | 度 分 |

接種券のシールは貼らずに、当日お持ちください。

| 質問事項 | 回答欄 | 本誌記大欄 |
|--|--|-------|
| 新型コロナワクチンの接種を初めて受けますか。 (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 | |
| 「新型コロナワクチンの説明書」を読んで、効果や副作用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。 <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 <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。 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"/> 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 | |
| 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 | |

医師 記入しないでください。

新型コロナワクチン接種希望書

医師の診察・説明を受け、接種の効果や副作用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 接種者自署

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

医師記入欄 記入しないでください。

住所、誕生日は接種券にある「予防接種済証」(右下)を確認してご記入ください。

住所は住民票の住所、誕生日は西暦で、年齢は接種日当日の年齢をご記入ください。

回答欄「はい・いいえ」、該当する方に☑レ点を記入ください。

予診票に同封されていた説明書を必ずお読みください。

回答欄「はい・いいえ」、該当する方に☑レ点を記入ください。詳細がわからない場合は「不明」などと記入ください。

「いいえ」の場合は、状況により接種できないことがあります。

回答欄「はい・いいえ」、該当する方に☑レ点を記入ください。詳細がわからない場合は「不明」などと記入ください。

↓必ずチェック☑と署名の記入をして下さい。

「接種を希望します」に☑レ点を記入ください。

同意の署名を記入してください。自署できない場合は代筆者が署名し、空欄に代筆者氏名と続柄を記入ください。

★最後に記入もれがないか、ご確認ください。

※予診票1回目・2回目両方の記入をご確認下さい。