

新型コロナワクチン接種の予診票記入方法

黒色の太枠内をご自宅で記入し、接種会場にご持参下さい。
 ※服薬されている方はお薬手帳をお持ち下さい。

こちらの欄は、接種後に使用します。
 事前に接種券を貼らないで下さい。

新型コロナワクチン接種の予診票（追加接種用）

※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
質問事項				
新型コロナワクチンの接種を受けたことがありますか。 接種日(1回目: 年 月 日、2回目: 年 月 日) 接種を受けたワクチン()	<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()	<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
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			医師署名又は記名押印
接種券記入欄	時間外(受付時間)	休日	小児(6歳未満)	予約済
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。				
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	
お枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください		ml	医師機関等コード	
(注)お薬手帳が切れないが確認			接種年月日: 記入例) 4月1日→04月01日	
			202 年 月 日	

回答が " はい " の場合、のいずれかにチェックを入れて下さい。

体温は接種会場
で測定します。

"はい"か"いいえ"
どちらかのに
チェックをお願い
します。
()欄に該当
がある場合は、
ご記入下さい。

忘れずに氏名・
日付をご記入下
さい。
※ご家族等が代
筆される場合は、
本人氏名に加え
て、代筆者氏名
と続柄も忘れず
にご記入下さい。