

予診票の記載方法 (赤枠内の記載をお願いします)

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

※本枠内にご記入またはチェック印を入れてください。

1

住所欄に記載されている住所

都 道 市 区 町 村

フリガナ

氏 名

生年月日 (西暦) 年 月 日 生 (満 歳) 男 女 診察前の体温 度 分

2

質問事項

新型コロナウイルス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) はい いいえ

現時点で接種している市町村と、クーポン券に記載されている市町村は同じですか。 はい いいえ

「新型コロナウイルスの説明書」を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。 はい 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。
 医療従事者等 65歳以上 60~64歳 高齢者施設等の従事者
 基礎疾患を有する(病名:) はい 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: 心臓病 腎臓病 肝臓病 血液疾患 血が止まりにくい病気 免疫不全
 その他() はい いいえ

治療内容: 血をサラサラにする薬() その他()

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() はい いいえ

今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状() はい いいえ

けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。 はい 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() はい 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() はい 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。 はい 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() はい いいえ

今日の予防接種について質問がありますか。 はい いいえ

医師記入欄

以上の間診及び診察の結果、今日の接種は(可能 ・ 見合わせる)

医師署名又は記名押印

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)

3

新型コロナウイルス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。(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。

被接種者又は保護者自署

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・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。

医師記入欄

シール貼付位置

実施場所

医療機関等コード

※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください

医師名

接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日

2022年 月 日

(注)有効期限が切れていないが確認

① 住所、氏名、生年月日等の記載

- 住所の記載をお願いします。
- 氏名の記載をお願いします。フリガナの記載をお忘れなようお願いします。
- 生年月日の記載をお願いします。西暦での記載をお願いします。
- 性別のチェックをお願いします。
- 接種日に必ず検温し、体温の記載をお願いします。

② 質問事項へのチェック

- 必ず全項目の質問項目を確認し、回答欄にチェックをお願いします。

注意

- 青枠内の記載が漏れやすいため、必ずご確認の上、チェックをお願いします。

③ 「新型コロナウイルスワクチン接種希望書」への記載

- 「接種を希望します」、「接種を希望しません」のどちらかに必ずチェックをお願いします。
- 署名欄については、接種日の日付と被接種者ご本人様の署名をお願いします。また、代筆者が記載する場合は、被接種者ご本人様の氏名、代筆者の氏名及び続柄(長男、長女等)の記載をお願いします。
- 被接種者が16歳未満の場合は、保護者の署名をお願いします。

その他

- 緑枠内は、予診後に接種券の貼付を行いますので、そのままお持ちください。