

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

記入例

※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
滋賀 都 道 衛生郡日野 市 区
河原 1-1

フリガナ
氏名
1985年09月01日生 (満35歳) 男・女
電話番号
(0748) 52-1211

生年月日 (西暦) 1985年09月01日生 (満35歳) 男・女 診察前の体温 36度3分

※ワクチン接種後に医療機関において
貼り付けてください
※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)

接種履歴

質問事項

新型コロナウイルス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)

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。

『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。

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:)

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()

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()

今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状()

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。
 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せんか。
 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
 以上の問診及び診察の結果、今日の接種は 可能 ・ 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。
 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)

新型コロナウイルス接種希望書

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。
 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会に提出されることに同意します。

3年7月12日 被接種者又は保護者自署 日野太郎
 (※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)

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
 ※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
 接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
 2022年 月 日