

# 1・2回目接種用の「新型コロナワクチン接種の予診票」の書き方

**※記入漏れが無いようにご注意ください**

## 記入例

**赤枠で囲んでいる部分は全て記入してください**

年齢は接種日当日の年齢を記入して下さい。

市町村より送付された接種券(クーポン)に同封されていた「新型コロナワクチン予防接種についての説明書」をお読みいただき、ただ上で「はい」にチェックをして下さい。

この欄の日付は接種日当日の日付をご記入下さい

新型コロナワクチン接種の予診票 (1・2回目用)

※本枠内にご記入またはチェックを入ってください。

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)	日生(満) 歳	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
質問事項		回答欄
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、接種券又は右上の請求先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。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
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
ひきつけ(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 ) 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。	
医療機関記入欄	<input type="checkbox"/> 時間外(受付時間: ) <input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> 小児(6歳未満) <input type="checkbox"/> 予備① <input type="checkbox"/> 予備②	
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。 このことを理解し、接種が市町村、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
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		実施場所 医師名
医師記入欄		医師署名又は記名押印 接種年月日 2020年 月 日

※左側に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください

接種券(クーポン)はご自身で貼らずに、予診票と一緒にそのまま接種日に持って来て下さい。

接種日当日の体温を記入して下さい。

基礎疾患のある方は該当する病名にチェックをして下さい  
服薬中の方はお薬手帳をご持参下さい。

「接種を希望します」にチェックをして下さい。

接種には同意が必要です  
ご本人の名前を必ず記入して下さい。  
被接種者が未成年(16歳未満)の場合は、保護者が保護者名を自署して下さい。

予診票に不備・記入漏れがあった場合は、訂正・修正いただいた上で、再度、列の最後に並んでいただいでる受付となりますので、予めご了承下さい。