

# 「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ご注意ください**

## 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印を入れてください。

（クーポン貼付位置）  
※クーポンは接種後に貼付します。貼付せずにそのまま接種場所にお持ちください。

※予診票は2枚複写になりますので、切り離さずお持ちください。必ず、ボールペンで記入してください。

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  
生年月日(西暦) 年 月 日 性別 男・女 診察前の体温 度 分

質問事項

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
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"/> 高齢者施設等の定住者 <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( )	<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( )	
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といわれましたか。	<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 ) 医師署名又は記名押印

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)

新型コロナワクチン接種希望書  
医師の診察・説明を受け、接種の効果・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連合会に提出されることに同意します。  
年 月 日 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

岸和田徳洲会病院 2711104048  
2022年 月 日

赤枠で囲んでいる部分は全て記入して下さい

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」を読み、「はい」にチェックをして下さい。

日付は接種日当日の日付を記入して下さい。

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きて下さい。

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もの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)自署下さい。

予診票に不備・記入漏れがあった場合は、訂正・記入いただき、再度、列の最後に並んでの受付となりますので、予めご了承ください。