

赤枠の中を必ず記載の上、当日接種会場にご持参ください。

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☑を入れてください。

※ワクチン接種後に医療機関において

住民票に記載されている住所	都 道 府 県		市 町 村		貼り付けてください ※左隅に合わせ、点線に沿って <u>まっすぐ</u> に 貼り付けてください (クーポン貼付)												
フリガナ			電話	()													
氏 名			番 号	—													
生年月日 (西暦)	□□	□□	年	□□	月	□□	日	生(満	□□	□□	歳)	☐ 男・ ☐ 女	診察前の体温	□□	度	□	分

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)

質問事項	回答欄		医師記入欄
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)	☐ はい	☐ いいえ	
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。	この欄は、接種券をお持ちの方のみ記載してください。		
『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。			
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() 治療内容: ☐ 血をサラサラにする薬() ☐ その他()	☐ はい	☐ 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()	☐ 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	

この欄は、接種券をお持ちの方のみ
記載してください。

接種を希望する場合は、必ず「接種を希望
します」にチェックを入れ、日付、氏名を記
入してください。

接種を希望する場合は、必ず「接種を希望します」にチェックを入れ、日付、氏名を記入してください。	は (☐ 可能 ・ ☐ 見合わせる) ※接種健康被害救済制度について、説明した。 る場合は塗りつぶしてください)	医師署名又は記名押印
--	---	-------------------

について理解が深くなりました。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

(※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)

医師記入欄	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。
	シール貼付位置	. ml	実施場所	医療機関等コード
	※枠に合わせて <u>まっすぐ</u> 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		医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日 2 0 2 1 年 0 8 月 日

職員番号

※職員以外の方は「受付番号」を記載してください。