

新型コロナワクチン接種 予診票の書き方

赤枠で囲んだ部分を記入してください。

※追加（3回目）接種も記載内容は、同様です。

接種券シールは貼らないでください！
会場で貼るので、はがさずに持参してください。

新型コロナワクチン接種の予診票 (1・2回目用)

※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	東京都 大田区 蒲田五丁目13番00号
フリガナ	オオタ タロウ
氏名	大田 太郎
電話番号	(090) 1234 - 0000
生年月日(西暦)	0000年00月00日生(満00歳)
性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
診察前の体温	00度00分

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受けたことがありますか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
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()		
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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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()		
治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> 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()	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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)

本人に対して、接種の効果や副作用、予防接種の重要性を説明した。

記入不要 (医師が記入します)

医療機関 記入欄

時間外(受付時間 :) 休日 小児(6歳未満) 予備① 予備②

※該当する項目について、マーカーの形がくぼみ出せないようにご記入してください。

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連合会に提出されることに同意します。

0000年 00月 00日 被接種者又は保護者 署名 **大田 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署名、被接種者が後見人の場合は本人又は成年後見人署名)

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・接種年月日は接種券シールに記載されているものを記入してください。

医師記入欄

シール貼付位置

実施場所

医療機関等コード

※枠に合わせてシールを貼っていただく

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か確認

接種当日の体温を記入してください。
接種場所に向かう前に検温して、発熱(37.5℃以上)がある場合は、接種を受けることができません。

1回目と2回目の接種日を記入してください。
1回目の時は「いいえ」にチェックしてください。

すべての項目にチェックをしてください。

ワクチンの説明書を読み、理解した上で、接種をされる方は、「接種を希望します」にチェックをし、お名前を記入してください。

※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してください。
例 大田 花子(母)

被接種者が16歳未満の場合は、保護者(親権を行うもの又は後見人)の署名がなければ接種は受けられません。