

新型コロナウイルス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

記入例

住民票に記載されている住所	長野 都 道 県 下高井郡山ノ内 市 区 村					
フリガナ	ヤマノウチ ハナエ		電話番号	()		
氏名	山ノ内 花恵		電話番号	33-3116		
生年月日(西暦)	19	85	年	06	月	25
	日生(満)		36	歳	<input type="checkbox"/> 男	<input checked="" type="checkbox"/> 女
診察前の体温			度		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初めて受けましたか。 (接種を受けたことがある場合 1回目: 月 日、2回目: 月 日)	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現時点で住民票のある市町村と、クーポン券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接種順序』 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 基礎疾患あり	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在、何らかの病状を患っていますか。 (免疫不全)	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
最近1ヶ月以内に発熱や咳、咽頭痛、頭痛、倦怠感、味覚・嗅覚障害、下痢、嘔吐、腹痛、腰痛、関節痛、皮膚症状、アレルギー症状、その他()	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
今日、体調不良を感じましたか。	<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	

質問事項を確認し、右の回答欄に☑を入れてください。

回答にあたっては、同封の「新型コロナワクチン予防接種についての説明書」(ファイザー、武田/モデルナ)をお読みください。

赤い太枠内はすべて記入してください。

医師記入欄	「☑ 接種を希望します」 チェックを忘れずに	ご本人が署名してください(できない方は代理人も可)※接種日当日15歳以下の方は保護者の署名
-------	---------------------------	---

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。

R3 年 〇 月 × 日 被接種者又は保護者自署 **山ノ内 花恵**

(※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。
		実施場所	医療機関等コード
<p>会場での密を避けるため、予診票は事前に自宅でご記入のうえご持参ください。</p>			
(注)有効期限が切れていないか確認			202 年 月 日