

【予診票の書き方】

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。

住民票に記載されている住所	都 道 市 区 町 村 府 県	
フリガナ	電話 番 号	() () () () () ()
氏 名		
生年月日 (西暦)	年 月 日 生 (満 歳)	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
診察前の体温	度	分
新型コロナワクチンの接種を (接種を受けたことがある場合)	日 月 日	回答欄 医師記入欄
現時点で住民票のある市町村	同じですか。	
『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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在、何らかの病気にかかっている治療(投薬など)を受けていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
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	医師署名又は記名押印	
グレーの部分は記入しないでください。		
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。(<input type="checkbox"/> 接種を希望します・ <input type="checkbox"/> 接種しません)		
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	
接種する方が16歳未満の場合は、保護者の氏名を署名してください。		
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
シール貼付位置	実施場所	医療機関等コード
グレーの部分は記入しないでください。		
貼付付けてください	ml	医師名
(注)有効期限が切れていないか確認		接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
		202 年 月 日

接種券(クーポン)は貼らないでください。

貼り付けてください (クーポン貼付)

接種する方が16歳未満の場合は、緊急連絡先(保護者と連絡のつく番号)を書いてください。

体温は接種当日に会場で検温しますので、事前に記入しないでください。

太枠内を事前に記入してください。
※お薬を服用している場合は、お薬手帳をお持ちください。

接種する方が16歳未満の場合は、保護者の氏名を署名してください。

グレーの部分は記入しないでください。