



# 初回接種用予診票

**新型コロナウイルス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印を入れてください。

※左欄に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください

住民票に記載されている住所	都 道 市 区 府 県 町 村	
フリガナ		
氏 名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
生年月日 (西暦)	年 月 日 生 (満 歳) 診察前の体温 度 分	
質問事項	接種欄	医師記入欄
新型コロナウイルスワクチンの接種を受けたことがありますか。 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( )	<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、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 type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
「新型コロナウイルスの説明書」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	
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"/> 毛細血管漏出症候群 <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( )		
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 <input type="checkbox"/> 可能 - <input type="checkbox"/> 具合を合わせる 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。	医師署名又は記名押印
医療機関 記入欄	0 時間外(受付時間 : ) 0 休日 0 小児(6歳未満) 0 予備① 0 予備②	
<b>新型コロナウイルスワクチン接種希望書</b> 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。( <input type="checkbox"/> 接種を希望します・ <input type="checkbox"/> 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。 接種者又は 年 月 日 保護者白署 <small>(※白署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び関係者との関係を記載し、関係者本人の署名または捺印を添付し、接種希望者の同意は本人が署名または捺印を記載してください。)</small>		
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
医師記入欄	実施場所	医師名
※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください (注)有効期限が切れているかの確認	医療機関コード	接種年月日 (※記入例) 4月1日→04月01日 2022年 月 日

- ①住民票に記載されている住所、氏名・フリガナ、電話番号を記入してください。
- ②生年月日を西暦で記入し、満年齢（誕生日後の年齢）を記入してください。性別には✓を入れてください。
- ③予防接種当日、接種前の体温を記入してください。
- ④質問事項、解答欄に記入・✓を入れてください。
- ⑤該当する接種希望欄に✓を入れ、日付・氏名（自署）を記入してください。