

予診票の書き方

- 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、回答欄に記入・✓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。

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☑を入れてください。

接種券は、貼らずにそのままの状態でご持参ください

住民票に記載されている住所 都道府県 市区町村	フリガナ 氏名		電話番号
生年月日(西暦)	年	月	日生(満年齢) <input type="checkbox"/> 男 <input 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 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。 病気()	<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	

ここは、記入しないでください

医師記入欄

医師機関記入欄

新型コロナウイルスワクチン接種希望書

医師の説明・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。

接種者又は保護者自署

年 月 日

(※自署できない場合は代署者が署名し、代署者氏名及び関係者との関係を記載)
 (※接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被保護者の場合は本人又は成年被保護者自署)

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

ここは、記入しないでください

医師記入欄

※特記貼

(注)有効期限が切れているが確認

2020年 月 日