

見本

新型コロナワクチン接種の予診票

※赤枠内にご記入またはチェックをお願いします。

住民票に登録されている住所 大阪 都道 吹田 市区 府 界 町 村	学籍番号/個人(職員)番号
山田 丘 ○ ○ - ○	○○○○○○○
フリガネ 山田 丘 ○ ○ - ○	
氏名 阪大 太郎	性別 ○ ○
生年月日(西暦) 19 × × 年 0 1 月 0 1 日生(満 24 歳)	診察前の体温
質問事項	回答欄
新型コロナワクチンの接種を初めて受けますか。 (接種を受けたことがある場合 1回目: 月 日、2回目: 月 日)	<input 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 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 type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
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"/> 医療従事者等 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60~64歳 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等の従事者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する(病名:)	<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"/> 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	医師署名又は記名押印
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"/> 見合わせる)	
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。	
<input type="checkbox"/> 接種者は6歳未満である(該当する場合は塗りつぶしてください)	
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。(<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 代筆者自筆
医師記入欄	医師署名
ワクチン名・ロット番号	接種量
実施場所	実施場所・医師名・接種年月日
医師記入欄	医師名
接種年月日 ※記入例: 4月1日~4月9日	接種年月日
2022 年 月 日	2022 年 月 日

赤枠内全てをご記入ください。
体温は接種当日に測ってご記入ください。

住民票の登録内容と同じ住所、氏名を記入してください。

「はい」か「いいえ」該当する方にチェック をしてください。

「はい」にチェック をしてご提出ください。

接種する方本人の自書または本人同意を得た上で代筆してください。
※代筆の場合は代筆者の氏名もご記入ください。
(例: 阪大 太郎 代筆者 阪大 花子 (母))