

予診票の記入について

事前に赤枠内をご記入いただき接種会場にお持ちください。

●予診票の記入は、文字が消えないようボールペンなどを使ってください。(鉛筆や消せるボールペンなどはご遠慮ください)

住民票の住所（居住地〈施設、仮住まい等〉ではありません）を記入してください。

西暦で記入してください。

「新型コロナワクチンの説明書」は接種券付きクーポン券などと一緒を送った封筒に入っています。また市ホームページでも確認できます。

新型コロナワクチン接種の予診票

※本枠内に記入またはチェック印を入れてください。

住民票に
記載されて
いる住所

都 道 市 区 町 村
府 県

クーポン
貼付欄
※左側に合わせて貼付してください

氏名

生年月日
(西暦)

性別

診察前の体温

質問事項

回答欄

医師記入欄

接種を受けたことがある場合 1回目: 月 日、2回目: 月 日

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。

「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。

接種条件に該当する年齢グループに該当しますか。

医師従事者等 □65歳以上 □160~64歳 □高齢者施設等の従事者

基礎疾患を有する(病名:)

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: □心臓病 □腎臓病 □肝臓病 □血液疾患 □血が止まりにくい病気 □免疫不全 □その他()

治療内容: □血をサラサラにする薬() □その他()

最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか。 病名()

今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状()

けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。

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()

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()

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。

2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類() 受けた日()

今日の予防接種について質問がありますか。

医師記入欄 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。

年 月 日 被接種者又は保護者自署

医師記入欄

ワクチン名・ロット番号

接種量

実施場所

医師記入欄

医師名

接種年月日

医師検閲等コード

接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日

2022年 月 日

クーポンは接種会場で貼るので自分で貼らないでください。

接種当日の体温を記入してください。

「はい」か「いいえ」該当する方に をしてください。

代筆の場合は、代筆者の氏名と被接種者との続柄も記入してください。

例) 松山太郎 代筆者 保健花子(子)