

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。

※左隅に合わせ、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 村 府 県 町 村	
フリガナ	フリガナ	フリガナ
氏名	電話番号 () -	
生年月日 (西暦)	年 月 日 日生 (満 歳)	男・女 診察前の体温 度 分

(クーポン貼付)

質問事項	回答欄	医師記入欄
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 <input type="checkbox"/> 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() 治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	<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"/> 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"/> 被接種者は6歳未満である(該当する場合は塗りつぶしてください)	医師署名又は記名押印
-------	---	------------

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。(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

(※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)
(※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被後見人の場合は本人又は成年後見人自署)

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。
	シール貼付位置 ※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ないか確認	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> ml	実施場所 医師名	医療機関等コード 接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日 202 年 月 日

あたらしいころなういるす わくちん しんがたころなわくちん うって
新しいコロナウィルスのためのワクチン（新型コロナワクチン）を打っても
らうために必要な書類であなたに質問すること

(1)

あなたは新型コロナワクチンをはじめて打ってもらいますか？

(ワクチンを打ってもらったことがある場合

1回目： 1 かいめ つき 月 日、2回目： 2 かいめ つき 月 日)

(2)

いまあなたが住んでいる市、町、村と、新型コロナワクチンのクーポン券に書いてある市、町、
村は同じですか？

(3)

あなたは「新型コロナワクチンの説明書」を読んで、ワクチンが効くかどうかや、ワクチン
を打ったときにどんな悪い影響が出るかもしれないかなどについて、わかりましたか？

(4)

あなたは、ワクチンを早く打ってもらうことができるグループに入っていますか？次の□
の中にあなたに合うことがあったら、□にチェックを書いてください。

□病院で働いている人など □65歳以上 □60~64歳 □お年寄りがたくさんいるところ
で働いている

□病気がある（病気の名前

)

(5) - 1

あなたは今、^{いま} になにかの^{びょうき} 病気で^{びょういん} 病院でみてもらっていますか（^{くすり} 薬をもらったりしていますか）？

病気の^{びょうき} 名前：^{なまえ} □^{しんぞう} 心臓の^{びょうき} 病気 □^{じんぞう} 腎臓の^{びょうき} 病気 □^{かんぞう} 肝臓の^{びょうき} 病気 □^{けつえき} 血液の^{びょうき} 病気 □^ち 血がすぐにと
まらない^き 病気 □^{びょうき} 病気にならないための^{からだ} 体の^{めんえき} しくみ（^{めんえき} 免疫）がうまくはたらかない^{びょうき} 病気
□ そのほか（
もらっている^{くすり} 薬など：^ち □^ち 血がかたまらないようにする^{くすり} 薬（
□ そのほかの^{くすり} 薬（

(5) - 2

その^{びょうき} 病気であなたをみている^{おいしや} お医者さんは、あなたに、^{きょうわくちん} 今日ワクチンを^{うって} 打ってもらってもいいと言いましたか？

(6)

あなたは、^{いま} 今から¹ 1か月以内に、^{ねつ} 熱がでたり、^{びょうき} 病気になったりしましたか？ ^{びょうき} 病気になったら^{びょうき} 病気の^{なまえ} 名前を書いてください。
^{びょうき} 病気の^{なまえ} 名前（

(7)

あなたは、^{きょう} 今日、^{からだ} 体の^{ちょうし} 調子がよくないところがありますか？ あるときはどんなことか書いてください
^{しょうじょう} 症状（

(8)

あなたは、いままでに、^{きゅう} 急に^て 手や^{あし} 足がつっぱったり、^{からだ} 体が^{うごかなく} 動かなくなったりしたことがありますか？（このような^{じょうたい} 状態を「けいれん（または、ひきつけ）」といいます）

(9)

あなたは、^{いま}今までに、^{くすり}薬やたべもので、^{あれ る ぎー}ひどいアレルギー（たとえば、^{あな ふ い ら き しー}アナフィラキシー
^{びょうき}という病気など）^{あ れ る ぎー}になったことがありますか？アレルギーになったことがある^{ばあい}場合、その
^{げんいん}原因になったもの^{かいて}を書いてください。

^{げんいん}原因になったもの ()

(10)

あなたは、^{いま}今までに、^{わくちん うって}ワクチンを打ってもらって、^{からだ ちょうし わるく}体の調子が悪くなったことがあります
か？

^{ちょうし わるく}調子が悪くなったことがあったら、^{わくちん なん わくちん}そのときのワクチンが何のワクチンであったかと、その
とき^{かいて}どんなことがあったかを書いてください。

^{しゅるい}種類 ()

^{しょうじょう}症状 ()

(11)

あなたは^{いま}今、^{にんしん}あかちゃんがおなかにいる（妊娠している）^{せいり}かもしれませんか？たとえば、生理
がいつもよりおそくなったりしていますか？または、^{ぼにゅう}あかちゃんにあなたの母乳をあげてい
ますか？

(12)

あなたは、^{きょう}今日から^{2しゅうかんい}2週間以内に、^{しんがたころな わくちん いが い}新型コロナワクチン以外のワクチン^{わくちん うって}を打ってもらいま
したか？^{うって}打ってもらった^{ひと}人は、その^{わくちん なん わくちん}ワクチンが何のワクチンかと、^{わくちん うって}ワクチンを打ってもらった
^{かいて}日を書いてください。

^{しゅるい}種類 ()

^{うけたひ}受けた日 ()

(13)

^{きょう}今日、^{しんがたころな わくちん うって}新型コロナワクチンを打ってもらうことについて、^{しつもん}質問がありますか？

(14) 新型コロナウイルスワクチンを打ってもらいたいかどうかについての書類

あなたは、お医者さんにみてもらったりお医者さんから説明を聞いたりして、ワクチンを打ってもらったときに、ワクチンが効くかどうかや、どんな悪い影響がでるかもしれないかなどがわかりましたか？わかった場合、それでも、あなたは、ワクチンを打ってもらいたい

ですか？
(打ってもらいたいです ・ 打ってもらいたくないです)

この書類（予診票といいます）は、新型コロナウイルスワクチンを安全に打つためのものです。

わたしは、このことがわかりました。そして、役所が、この書類（予診票）を、市、町、村）と、国民健康保険中央会と国民健康保険団体連合会（どちらも健康保険の仕事をしているところ）に出すことを認めます。