

予診票の記入例

ご自身の住所、名前、電話番号、生年月日、性別を記入してください。

該当する項目にチェックを入れてください。
※持病のある方は、かかりつけ医に相談をしてから接種を受けるか判断してください。

接種日に、接種の効果や副反応の説明を受けたうえで記入してください。

新型コロナウイルス接種の予診票

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

住民票に記載されている住所	大分 大分 荷場町2番31号	〒914-0001	電話番号	097-534-6111	
氏名	大分 太郎	性別	男	年齢	80歳
生年月日(西暦)	1941年01月01日	生(満)	80歳	診察前の体温	度 分

※ワクチン接種後に医療機関において貼り付けてください
 ※左側に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください
 (クーポン貼付)

新型コロナウイルス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 checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
現時点で住民票のある市町村と、クーポンに記載されている市町村は同じですか。	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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(可能 ・ 見合わせる)

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

新型コロナウイルス接種希望書

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。

2021年 〇月 〇日 被接種者又は保護者自署 **大分 太郎**

(※接種希望者が接種希望の届出を提出する際は、被接種者本人の署名または捺印を提出してください)

接種日	接種場所	接種時間	接種量	接種券番号
2021年 〇月 〇日	大分 太郎	〇時 〇分	ml	〇〇〇〇〇〇〇〇

医師記入欄

※神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が接種

接種年月日(医師記入) 4月1日~04月01日

2021年 〇月 〇日

何も貼らないでください。
 (接種後に医療従事者が接種券を貼ります。)

体温は接種場所から検温して記入します。
 ※接種に行く前にもご自宅で検温し、37.5℃以上ある場合は接種を控えてください。

記入しないでください。
 (医師記入欄)

記入しないでください。
 (医師記入欄)