

予診票【記入例（12～15歳）】

◎記入例を参考に、あらかじめボールペンで記入（太枠内）してきてください。
（鉛筆や消せるボールペンは不可）

新型コロナウイルス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。

住民票に記載されている住所	都道府市区町村	①
フリガナ氏名	電話番号	② ③
生年月日(西暦)	性別	④ ⑤
診察前の体温		⑥

※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 (クボが貼付) ※1

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	
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"/> その他() ※2	<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() ※3	<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	⑦
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(可能 ・ 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。
 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

医師記入欄

新型コロナウイルス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。(接種を希望します ⑧ 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() ⑨

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。

接種年月日 ※記入例) 4月1日～04月01日

202 年 月 日

①住民票に記載されている住所を記入してください。

②接種を受ける方のお名前を記入してください。

③確実に保護者の方と連絡のつく電話番号を記入してください。

※1 何も貼らないでください。

④接種を受ける方の生年月日と年齢を記入してください。

⑤接種を受ける方の性別の口にレ点(☑)を記入してください。

⑥接種当日、ご自宅で測定した体温を記入してください。

⑦質問事項を読み、必要事項や該当する項目の口にレ点(☑)を記入してください。

(注意)
※2 該当する場合は、該当する対象グループの口にレ点(☑)を記入し、「はい」の口にもレ点(☑)を記入してください。

※3 「現在、何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けている」で「はい」にチェックが入る方は、ワクチンの接種について、必ず医師に確認してください。

⑧どちらかにレ点(☑)を記入してください。

⑨接種当日の日付と保護者の方のお名前を記入してください。
※保護者の方の署名がなければ、接種を受けることはできません。
接種を希望しない場合は、何も記入しないでください。

- ◎接種当日の持ち物
- ①接種券(クーポン券)
 - ②予診票(記入例を参考に、事前に記入)
 - ③保険証
 - ④子ども医療費受給者証
 - ⑤お薬手帳(薬を服用している方)