

予診票【記入例】

◎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使用しないでください。

（点線で囲まれた部分は、あらかじめ印字されている項目もあります。）

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票（追加接種用）

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

接種前に 記載されて いる住所 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> 市区 町(村)	氏名 <input type="text"/>	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢 <input type="text"/> 歳
フリガナ 氏名 <input type="text"/>	電話番号 <input type="text"/>	診察前の体温 <input type="text"/> 度	診察日 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
接種回数 接種日 (1回目: 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日、2回目: 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日) 接種を受けたワクチン(1回目: 2回目:)	接種回数 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	接種日 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	医師記入欄
現時点で住民票のある市町村と、接種券又は右上の請求先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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input 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 type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
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"/> 毛細血管漏出症候群 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<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()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
薬・食品など原因になったもの()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
種類() 症状()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<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 総 <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。	医師署名又は記名押印	医師署名又は記名押印	医師署名又は記名押印
医療機関 記入欄 <input type="checkbox"/> 時間外(受付時間:) <input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> 小児(6歳未満) <input type="checkbox"/> 予備① <input type="checkbox"/> 予備②	医療機関 記入欄	医療機関 記入欄	医療機関 記入欄
新型コロナウイルスワクチン接種希望書 医師の説明・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。(<input type="checkbox"/> 接種を希望しま <input type="checkbox"/> 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。	接種者及び 保護者自筆 年 月 日	接種者及び 保護者自筆 年 月 日	接種者及び 保護者自筆 年 月 日
ワクチン名・ロット番号 シール貼付位置	接種量	実施場所 医師名	医療機関コード 接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日 2022年 月 日

※1 この部分が接種券です。

(注意)

何かを記入したり、汚したりしないようにしてください。

①印字されていない項目（電話番号、満年齢）を記入してください。

②接種当日、ご自宅で測定した体温を記入してください。

③接種日やワクチン名が印字されていない場合は、お手元の接種済証等を参考に記入し、該当する口にレ点(☑)を記入してください。

④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)

・「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。

※2 接種の希望については、記入不要です。(接種当日、医療機関で記入します。)

⑤接種当日の日付とお名前を記入してください。

◎接種当日の持ち物

①この用紙が入っていた封筒の中身一式

※予診票部分は、あらかじめ記入してください。

②保険証

③おくすり手帳(薬を服用している方)