

図 11 予診票【新様式】※右肩に接種券部分が印刷されているもの

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票 (1・2回目用)

※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 市 区 府 県 町 村	券 種 2 (予診のみ) 1 回目
フリガナ	請求先 ○○県○○市 123456
氏 名	券番号 1234567890
生年月日 (西暦)	氏 名 厚生 ●●●●●●●● 太郎
日生 (満 歳) □男・□女	診察前の体温

当日検温した体温を記入

1.2回目の接種日とワクチンの種類を記載

質問事項	回答欄		医師記入欄
新型コロナウイルスの接種を受けたことがありますか。 接種日(1回目: 年 月 日、2回目: 年 月 日) 接種を受けたワクチン()	<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、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 checked="" 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 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: □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 □毛細血管漏出症候群 □その他()	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
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	

全ての質問に「✓」で回答する

治療中の方は、かかりつけ医に相談しましょう

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) 医師署名又は記名押印

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。

「✓」を付ける。

医療機関記入欄 〇 時間外(受付時間 :) 〇 休日 〇 小児(6歳未満) 〇 予備① 〇 予備②

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。

2022年 5月 ●日 被接種者又は保護者自署 琉大太郎

接種当日の日付と自署

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
シール貼付位置	ml	実施場所
※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		医師名
		接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日 2022年 月 日

赤枠内を記入します
消えるボールペンは使用しないでください！