

記入例 ※右欄の記入例に従って、正確に記入してください。

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

※右欄内に記入またはチェックボックスを入れてください

※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
※左欄に合わせ、点線に沿って貼り付けてください

(クーポン貼付)

① 住民票に記載されている住所
都道府県 市区町村

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

②

③ 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) はい いいえ

④ 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。 はい いいえ

⑤ 「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。 はい いいえ

⑥ 接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。
 医療従事者等 65歳以上 60~64歳 高齢者施設等の従事者
 基礎疾患を有する(病名:)

⑦ 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
 その他()
治療内容: 血をサラサラにする薬() その他()

⑧ 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() はい いいえ

今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状() はい いいえ

けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。 はい 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() はい 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() はい 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。 はい 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() はい いいえ

今日の予防接種について質問がありますか。 はい いいえ

医師記入欄
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。
 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

⑨ 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を捺印を記載)
(※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被接種者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
シール貼付位置 実施場所 医療機関等コード
※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
ml 医師名
接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
202 年 月 日

- ① 住民票がある住所を記載してください。
注) 現住所と異なる場合がありますので、事前に確認が必要です。
- ② 体温は会場で測ったうえで記載しますので、事前に記入しないでください
- ③ 接種を初めて受けられる方は「はい」
2回目以降の方は「いいえ」※1回目接種日を記載
- ④ 接種券をお持ちでない方は「いいえ」
- ⑤ 「ワクチン接種説明書」を確認・理解したうえで「はい」
- ⑥ 職域接種であり、項目に該当しないので「いいえ」
- ⑦ 現在、何らかの病気にかかっている場合は「はい」かかっている場合「いいえ」
その上で、「病名」及び「治療内容」も含め、記載してください
- ⑧ 当日の健康状態や、アレルギー-症状などについて、該当する「回答欄」にチェックし、必要に応じその内容を記載してください
- ⑨ 接種を希望する場合は「接種を希望します」にチェックし、ワクチン接種の日にと、学生自身の名前を記入してください