

《 接種券(新型コロナワクチン接種の予診票)記入例 》

- 住所、氏名、生年月日はあらかじめ記載されています。
- 消えないボールペンで記入してください。
- 消えるボールペンや鉛筆での記入はしないでください。

これまでの接種記録に基づき、回数が記載されています。

※1・2回目接種の場合、1回目接種の場合は「1回目」の接種券を、2回目接種の場合は「2回目」の接種券をお持ちください。

新型コロナ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	茨城 都 道 市 区 府 県 町 村	
	水戸市中央1丁目4番1号	
フリガナ	ミト タロウ	
氏 名	水戸 太郎	電話番号
生年月日(西暦)	2017年03月10日生	満 歳
		男・女
		診 度 分

券 種	2 (□予診のみ)	1 回目
請求先	茨城県水戸市	082015
券番号	2100000000	
氏 名	水戸 太郎	

体温は、接種会場で測ったうえで記入します。

緊急連絡先と接種日当日の年齢を記入してください。

質問事項をよく読み、「はい」か「いいえ」のいずれかにチェックを入れてください。

質問事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナワクチンの接種を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	質問事項をよく読み、「はい」か「いいえ」のいずれかにチェックを入れてください。
接種回数() 回) 前回の接種	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
前回接種を受けた新型コロナワクチンの種	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
現時点で住民票のある市町村と、接種券又は	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
『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。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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	

記入不要

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"/> 可能 ・ <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による健康被害の補償制度について、説明済み。	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 ※該当する項目について、マークの形からはみ出さないように濃く塗りつぶしてください。	

新型コロナワクチン接種希望書

医師の診察・説明を 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、予診票が市町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険連合会に提出されることに同意します。

被接種者又は保護者自署
年 月 日
(※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び住所(接種者ごの続柄を記載) 接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被後見人の場合、又は成年後見人自署)

- 「接種を希望します」にチェックを入れてください。
- 接種を受ける日の日付を記入してください。
- 保護者自署欄には、保護者が、保護者の氏名を自署してください。