

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。

券種	2 (予診のみ)	4 回目
請求先	〇〇県〇〇市	123456
券番号	1234567890	

住民票に記載されている住所	滋賀 都 道 県 大津 市 区 町 村	
	〇〇町△丁目□番地□号 (マンション名 〇〇号室)	
フリガナ	シガ タロウ	
氏名	滋賀 太郎	
生年月日 (西暦)	1 8 7 2 年 0 9 月 2 9 日生 (満 1 5 0 歳)	<input checked="" type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女

「請求先」の市区町村と「住民票に記載されている住所」の市区町村が同一か確認してください。

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 checked="" type="checkbox"/>	
接種回数 (3 回) 前回の接種日 (2022 年 ▲ 月 ▲ 日)	<input checked="" type="checkbox"/>	
前回接種を受けた新型コロナワクチン (モデルナ)	<input checked="" type="checkbox"/>	
現時点で「新型コロナウイルス感染症」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"/>	
「新型コロナウイルス感染症」の反応などについて相談しましたか。	<input checked="" type="checkbox"/>	
現在「新型コロナウイルス感染症」にかかっていますか。	<input type="checkbox"/>	
病状 (〇)	<input type="checkbox"/>	
治療内容 (〇)	<input type="checkbox"/>	
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。	<input type="checkbox"/>	
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状 (〇)	<input type="checkbox"/>	
けいれん (ひきつけ) を起こしたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	
薬や食品などで、重いアレルギー症状 (アナフィラキシー 薬・食品など原因になったもの) (〇)	<input type="checkbox"/>	
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せんか。	<input checked="" type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/> いいえ
種類 (新型コロナワクチン (モデルナ)) 症状 (めまい・じんましん)	<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 checked="" 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 (インフルエンザ) 受けた日 (〇 月 〇 日)	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ

会場にて検温し、スタッフが記入します。

年齢は必ず3桁をご記入ください。
例：満30歳の場合⇒満 0 3 0 歳

市区町村の記入は、以下の例を参考にしてください。
市：大津市・彦根市・名古屋市・京都市・大阪市
区：新宿区・文京区・世田谷区 (東京23区のみ)
町・村：(蒲生郡) 日野町・(相楽郡) 南山城村
※政令指定都市 (京都市など) の「区」は下段に記入してください。
※町・村の「郡」の記入は任意です。

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
-------	--	------------

接種を希望される場合はこちらにチェックしてください。

医療機関記入欄	〇 時間外 (受付時間 :) 〇 休日 〇	予備②
---------	------------------------	-----

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。

2022 年 ● 月 ● 日 被接種者又は保護者自署 **滋賀 太郎**

(※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の続柄を記載)
(※被接種者が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	年月日
	シール貼付位置			
	※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください	ml	医師名	2 0 2 〇 年 〇 〇 月 〇 〇 日
	(注)有効期限が切れていないか確認			

接種日を記入してください。

「新型コロナワクチン接種希望書」の内容をご確認の上、署名をしてください。