

新型コロナ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。

記入例

※赤枠内をご記入ください

住民票に記載されている住所	群馬 都 道 館 林 市 区 村	
フリガナ	タテバヤシ タロウ	
氏名	館 林 太 郎	電話番号 (〇〇〇) △△△△ - ××××
生年月日 (西暦)	××××年××月××日生 (満	〇〇歳) <input checked="" type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女 診察前の体温

- ①
- ②
- ③
- ④
- ⑤
- ⑥
- ⑦
- ⑧
- ⑨
- ⑩
- ⑪
- ⑫

質問事項	回答欄	医師記入欄
① 新型コロナワクチン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 type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	※該当項目にチェック又は記入をしてください
② 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	
③ 『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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
④ 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: <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 checked="" type="checkbox"/> その他(例) 〇〇病、〇〇症) 治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input checked="" type="checkbox"/> その他(例) ××治療中)	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
⑤ 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	
⑥ 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	
⑦ 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	
⑧ 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	
⑨ 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	
⑩ 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	
⑪ 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	
⑫ 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	

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

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 <small>※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。</small>
---------	---

<p>新型コロナワクチン接種希望書 ※接種日を記入してください</p> <p>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。 (<input checked="" type="checkbox"/> 接種を希望します ・ <input type="checkbox"/> 接種を希望しません)</p> <p>この予診票は、接種の安全性の確保を目的としています。</p> <p>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。</p>	<p>被接種者又は保護者自署 館 林 花 子</p> <p>令和〇年 〇月 〇日</p> <p><small>(※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本人又は成年後見人自署)</small></p>
---	---

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
※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
			医療機関等コード
			接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
			2022年 〇月 〇日

※被接種者が16歳未満の場合は、保護者が署名してください。

予診票の質問事項の回答方法について

質問事項	回答方法
①	初めて接種する方は、回答欄の『いいえ』にチェックします。2回目の接種の方は、質問事項欄に1回目の接種日及び接種を受けたワクチンを記入し、回答欄の『はい』にチェックします。
②	接種日時点で接種券(クーポン券)に記載の市町村と住民票がある市町村が同じ場合は、回答欄の『はい』にチェックします。 異なっている場合は、接種を受けることができませんので、住民票のある市町村から接種券(クーポン券)の発行を受けたうえで接種をしてください。
③	接種を受ける前に新型コロナワクチンの説明書を読み、内容を理解された方は回答欄の『はい』にチェックします。『いいえ』の場合は、新型コロナワクチンの説明書を読むか、会場にいるスタッフ等に説明を受けるようにし、改めて『はい』にチェックします。
④	質問事項欄の病名や治療内容で該当する項目がある方は、その項目と回答欄の『はい』にチェックします。該当する項目がない方は、回答欄の『いいえ』にチェックします。
⑤	1か月以内に発熱や病気にかかった方は、回答欄の『はい』にチェックしてください。特に発熱や病気がなかった方は、回答欄の『いいえ』にチェックします。
⑥	接種当日に体調が良くない方は、質問事項の症状欄に具体的な内容(熱っぽい、朝からめまいがする等)を記入し、回答欄の『はい』にチェックします。体調に特に問題がない方は、回答欄の『いいえ』にチェックします。 ※体調が良くない方は、予約をキャンセルのうえ、別日での接種もご検討ください。
⑦	今までにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがある方は、回答欄の『はい』にチェックします。今までにけいれん(ひきつけ)が起きたことがない方は、回答欄の『いいえ』にチェックします。
⑧	今までに薬や食べ物でアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことがある方は、質問事項欄にその原因となったものを記入し、回答欄の『はい』にチェックします。特にない場合は、『いいえ』にチェックします。 ※1回目のコロナワクチン接種でアナフィラキシーを起こした方は、2回目に同じワクチンを接種することができません。
⑨	今までに予防接種を受けて体調が悪くなったことがある方は、質問事項欄にその時受けた予防接種の種類とどんな症状があったかを記入し、回答欄の『はい』にチェックします。特にない場合は、『いいえ』にチェックします。
⑩	女性で妊娠している可能性がある方や授乳中の方は、回答欄の『はい』にチェックします。該当しない女性の方、または男性の方は、回答欄の『いいえ』にチェックします。 ※妊娠中の方は、予防接種上の有益性と副反応等のリスクをよくご理解いただき、医師にご相談のうえ、接種を検討してください。
⑪	2週間以内にコロナワクチン以外の予防接種を受けた方は、回答欄の『はい』にチェックします。受けていない方は、回答欄の『いいえ』にチェックします。 ※2週間以内にコロナワクチン以外の予防接種を受けた方は、緊急の事情がある場合を除き、その予防接種を受けた日から2週間が経過するまでコロナワクチンを接種できません。(副反応が出た場合に、コロナワクチンが原因であるか判断できないため)
⑫	コロナワクチン接種について医師等に質問がある方は、回答欄の『はい』にチェックします。特にない場合は、回答欄の『いいえ』にチェックします。