

記入例

*右側の注意事項に従い、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

※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	生(満) 歳
	男・女	診察前の体温 度 分

※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
※左側に合わせ、矢印に沿ってまっすぐに貼り付けてください
(クーポン貼付)

接種券(クーポン)は、接種当日に会場担当者が貼付けしますので、そのままご持参ください。また、接種券(クーポン)が自治体から届いてない方は、お住いの自治体に連絡し、接種券の取得をお願いします。

質問事項	回答欄	医師記入欄
② 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)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
③ 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
④ 『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 type="checkbox"/> いいえ	
⑤ 接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。 <input type="checkbox"/> 医療従事者等 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60~64歳 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等の従事者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する(病名:)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
⑥ 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"/> その他() 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 type="checkbox"/> いいえ	
⑦ 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 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 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 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 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 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 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 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 type="checkbox"/> いいえ	

① 住民票がある住所を記入してください
生年月日は西暦で記入してください
年齢は接種当日の年齢を記入してください
体温は会場に来る前に検温し、記入してください

② 接種を初めて受けられる方は、「はい」に☑をしてください。
2回目以降の方は「いいえ」に☑のうえ、1回目の接種日を記入してください

③ 同じであれば「はい」に☑

④ 「新型コロナワクチン予防接種についての説明書」を読み、確認・理解したうえで「はい」に☑

⑤ 該当しなければ「いいえ」に☑

⑥ 現在何らかの病気にかかっていない場合は「いいえ」に☑
かかっている場合は「はい」に☑し、「病名」「治療内容」を記入してください

⑦ 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☑し、必要に応じその内容を記載してください
該当しない方は「いいえ」に☑してください

⑧ ワクチン接種を希望の方は「接種を希望します」に☑してください

⑨ ワクチン接種の日にちと、ご自身の名前を記入してください

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。 <input type="checkbox"/> 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
-------	--	------------

<p>⑧ 新型コロナワクチン接種希望書</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 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。 ⑨</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>年 月 日 被接種者又は保佐者自署</p> <p><small>(※自署できない場合は代筆者が署名し、行筆者氏名及び被接種者との捺印を記録) (※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被接種者自署)</small></p>
--

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	医療機関等コード
シール貼付位置	0.5 ml	(職域) 沼津卸団地展示場	111111111111
※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 2021年 月 日

⑩	
---	--

⑩ 接種者が属する組合員名(会社名)を記入してください