

(介) 新型コロナワクチン接種の予診票 (1回目)

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

接種1回目の場合は(1回目)
接種2回目の場合は(2回目)
を使用する。

住民票に 愛知	①～⑤も忘れずにご記入ください。	
市 〇〇区〇〇...	②	
フリガナ ナゴヤ タロウ	電話 番号 (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇	請求先 愛知県名古屋市 231002
氏 名 名古屋 太郎		券 番 号
		氏 名 名古屋 太郎
		所属機関
生年月日 (西暦) 1 9 9 9 年 1 1 月 1 1 日生	満 2 1 歳	診察前の体温 3 6 度 8 分

③		④		回答欄	医師記入欄
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			
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			
『新型コロナワクチンの説明書』を読んで、 接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。		☒ はい ☐ いいえ			
⑤ ☐ 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:)		☒ はい ☐ 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。 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()		☐ はい ☒ いいえ			
治療内容: ☐ 血をサラサラにする薬() ☐ その他()					
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	以上の問診及び診察の結果、今日の接種は (☐ 可能 ・ ☐ 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
-------	--	------------

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

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。

被接種者又は
年 月 日 保護者自署

(※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者指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)

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	※医療機関等コード・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。	
	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 <u>まっすぐ</u> 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 2 0 2 年 月 日	