

【記入例】

新型コロナワクチン接種の予診票

住民票に記載されている住所	滋賀 府 大津 市 区 村	
〒	京町四丁目1-1	
フリガナ	シガ タロウ	(077)
氏名	滋賀 太郎	528-0000
生年月日(西暦)	1970年1月1日生(満51歳)	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
診察前の体温	度 分	

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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input 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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
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 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。 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 checked="" type="checkbox"/> その他(高血圧) 治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他()	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input 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	

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

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。(<input checked="" type="checkbox"/> 接種を希望します・ <input type="checkbox"/> 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。	2021年 8月 1日 被接種者又は保護者自署 滋賀 太郎						
<table border="1"> <tr> <th>ワクチン名・ロット番号</th> <th>接種量</th> <th>実施場所・医師名・接種年月日</th> </tr> <tr> <td>シール貼付位置</td> <td>ml</td> <td>実施場所 医師名 接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日</td> </tr> </table>		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	ml	実施場所 医師名 接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
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	ml	実施場所 医師名 接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日					
<table border="1"> <tr> <td>医療機関等コード</td> <td>接種年月日</td> </tr> <tr> <td>2021年 8月 1日</td> <td>2021年 8月 1日</td> </tr> </table>		医療機関等コード	接種年月日	2021年 8月 1日	2021年 8月 1日		
医療機関等コード	接種年月日						
2021年 8月 1日	2021年 8月 1日						

接種券は貼らずに、予診票と一緒に
お持ちください。

接種会場にて検温しますので記入不要です。

1回目の方は「はい」にチェックしてください。
2回目の方は1回目の日付を記入し、「いいえ」にチェックしてください。(2回目の日付は記入しないでください。)

基礎疾患のある方は該当するものにチェックしてください。
服薬中の方はお薬手帳をお持ちください。

接種当日の日付を記入してください。