

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	岐阜 都 道 県 養 老 市 区 村		高田798	
フリガナ	ヨウロウ タロウ	電話番号	(0584)	
氏名	養 老 太 郎	電話番号	32 - 1100	
生年月日(西暦)	1962年12月11日生	(満58歳)	<input checked="" type="checkbox"/> 男 · <input type="checkbox"/> 女	診察前の体温 <input type="text"/> 度 <input type="text"/> 分

※ワクチン接種後に医療機関において

貼らないでください。
貼り付けてください

受付時に検温します。

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: 7月1日、2回目: 月 日)	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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接種2回目の方は記入してください。」	<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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬(バイアスピリン) <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()	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
今日、体に具合が()	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
けいれん(ひきつけ)が()	<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(コロナウイルスワクチン) 症状(体のだるさ)	<input checked="" 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()	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
今日の予防接種()	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
医師記入欄	医師署名又は記名押印	

接種2回目の方は記入してください。

該当される方は具体的に記入してください。
わからなければお薬手帳を持参してください。

2回目の場合、コロナワクチンを接種し
体調が悪くなった場合も記入してください。

質問事項を確認し回答欄に✓してください。

接種日に事前にご記入ください。

新型コロナウイルス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。

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。

3年7月22日 被接種者又は保護者自署 養 老 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本人又は成年後見人自署)

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	<input type="text"/> ml	実施場所	医療機関等コード
※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
			202 年 月 日