新型コロナワクチン接種の予診票(アストラゼネカ用) ※ファイザー社または武田/モデルナ社のワクチンでも使用できます。 ※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。 ※ワクチン接種後に医療機関において 道 市 \times 貼り付けてください 住民悪に 府 里 ĦΤ 村 ※左隅に合わせ、点線に沿ってまっすぐに 記載されて いる住所 貼り付けてください フリガナ (クーポン貼付) 雷話 氏 名 番号 生年月日 年 月 日生(満 歳) □男・□女 診察前の体温 分 (西暦) 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。 □ はい □いいえ (接種を受けたことがある場合 1回目: 月 日、2回目: 日) 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、効果や副反応などについて理解しましたか。 □ はい □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。 □ はい □いいえ □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: 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。 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 □ はい □いいえ □毛細血管漏出症候群 □その他(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。 □いいえ はい 薬・食品など原因になったもの(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。 | はい □いいえ 種類(症状(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 □いいえ □ はい 2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類() 受けた日(今日の予防接種について質問がありますか。 □ はい □いいえ 医師署名又は記名押印 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) 医師記入欄 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。 □ 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) 新型コロナワクチン接種希望書 この予診票は、接種の安全性の確保を目的としています。 被接種者又は 日 保護者白署 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。 (※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 実施場所 医療機関等コード 医 師 記 ※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

ml

接種年月日 ※記入例)4月1日→04月01日

年

0 2