新型コロナ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。 ※左隅に合わせ、点線に沿ってまっすぐに 都 道 市 \times 貼り付けてください 住民悪に 府 県 EΠ 村 記載されて いる住所 フリガナ 雷話 番号 氏 名 生年月日 年 月 日生(満 歳) | 用・| 女 診察前の体温 度 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受けたことがありますか。 回) 前回の接種日(年 月 日) □ はい □いいえ 前回接種を受けた新型コロナワクチンの種類(□いいえ 現時点で住民票のある市町村と、接種券又は右上の請求先に記載されている市町村は同じですか。 | はい 『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 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() □ その他(治療内容:□血をサラサラにする薬(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(□いいえ □ はい □ はい けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。 □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) 受けた日(□いいえ 2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類(| 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 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。 医療機関 ○ 小児(6歳未満) () 時間外(受付時間 () 休日 ()予備① ()予備② 記入欄 ※該当する項目について、マークの形からはみ出さないように濃く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 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 保護者白署 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