

<Caution>

- Though translation of the Pre-vaccination Screening Questionnaire in English and other languages are available on page 4, according to the Ministry of Health, Labor and Welfare's regulations, we can only accept Japanese Pre-vaccination Screening Questionnaire, so please make sure to fill in the Japanese Pre-vaccination Screening Questionnaire.
- In addition, according to the Ministry of Health, Labor and Welfare (MHLW) regulations, you must fill in your address in Japanese. If you have difficulty filling out the form in Japanese, please come to the site earlier than your time slot so that the associate can assist you.
- Please make sure to read the following instructions in advance.
<https://www.mhlw.go.jp/content/000791158.pdf>

<注意事項>

- 英語及び多言語の予診票翻訳は P4 にございますが、厚生労働省の決まりにより、日本語の予診票しか受付できませんため、必ず日本語の予診票に記載頂くようお願い致します。
- 厚生労働省の決まりにより、住所の記入は日本語での記入が必須となっております。日本語での記入が難しい方は、早めに会場へお越しください。
- 事前に必ず以下の説明書をご確認下さい。
<https://www.mhlw.go.jp/content/000782621.pdf>

Sample of Pre-vaccination Screening Questionnaire

予診票記入見本

Please fill out the boxes in red / 赤枠内をご記入下さい

FILL IN JAPANESE Please fill out the form in Japanese so that it matches your personal identification documents which will be checked at the reception desk. / 日本語にて記入。受付で本人確認書類と一致するのかの確認があるため日本語が一致するように記入下さい。

※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	東京 都 道 県 世田谷 市 区	
フリガナ	玉川 1 丁目 1 4 - 1	
氏 名	ラケン タロウ 楽天 太郎	電話番号 () -
生年月日 (西暦)	年 月 日 日生 (満 歳)	診察前の体温 度 分

To be filled in after temperature check on the morning of the day.
/ 当日朝検温後記入

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 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 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 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在、何らかの病気にかかっていますか。 病 名: <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> その他 治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬 <input type="checkbox"/> その他	<input 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 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 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 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 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 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を受けましたか。 種類 () 受けた日 ()	<input type="checkbox"/> はい <input 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 type="checkbox"/> いいえ	

Answer all inside red box / 赤枠内全て回答

If you did not receive a ticket from your municipality, please do not check and keep it blank. / クーポン券が届いていない場合は、空欄のままにする

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。 (☐ 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。

年 月 日 被接種者又は保護者自署

(※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)

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・接種年月日は必ず記載し、正確に記入してください。
	シール貼付位置	実施場所	医師名	接種年月日
	※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			

Check to agree / 同意するにチェック
Fill in the date and sign / 日付と署名を記入

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。

住民票に記載されている住所	都 道 市 区 村 府 県 町 村	
フリガナ		電話番号 () -
氏 名		
生年月日 (西暦)	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> 年 <div> <div></div> <div></div> </div> 月 <div> <div></div> <div></div> </div> 日生 (満 <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> 歳) <div> <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女 </div>	診察前の体温 <div> <div></div> <div></div> </div> 度 <div> <div></div> </div> 分

※ワクチン接種後に医療機関において
貼り付けてください

※左隅に合わせ、点線に沿ってまっすぐに
貼り付けてください

(クーポン貼付)

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 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 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 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 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 type="checkbox"/> その他() 治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他()	<input 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 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 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 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 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 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を受けましたか。 種類() 受けた日()	<input type="checkbox"/> はい	<input 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 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 せ る)	医師署名又は記名押印
	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)	

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。(☐ 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。

年 月 日 被接種者又は保護者自署

(※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)

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	<div> <div></div> <div></div> </div> ml	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		医師名	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>
	(注)有効期限が切れていないか確認		接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日	<div> <div>2</div> <div>0</div> <div>2</div> <div></div> </div> 年 <div> <div></div> <div></div> </div> 月 <div> <div></div> <div></div> </div> 日

It is not possible to receive vaccinations with an English Prevaccination Screening Questionnaire form. Please transcribe it into Japanese and bring it with you on the day.

Prevaccination Screening Questionnaire for COVID-19 vaccine

*Please fill in or check the ☒ boxes inside the bold frame

Address on the resident card	Prefecture	City		
	Address			
Furigana			Tel. No.	()
Name				

注意
 本予診票を用いて請求を行うことはできません。
 日本語の予診票に転記の上、請求を行ってください。

Date of birth	Year	Month	Day	(years old)	<input type="checkbox"/> male <input type="checkbox"/> female	Body temperature before examination	Degrees
---------------	------	-------	-----	--------------	---	-------------------------------------	---------

Question	Response field	Field filled in by doctor
Are you receiving the COVID-19 vaccine for the first time? (If you have been vaccinated before, date of 1st time: MM/ DD, date of 2nd time: MM/ DD)	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
Is the city, town, or village where you currently reside the same as the city, town, or village stated on the coupon?	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
Have you read the "Instructions for the COVID-19 vaccine" and do you understand the effects and adverse side effects?	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
Do you fall into one of the target groups that have a higher priority for this vaccine? <input type="checkbox"/> Medical personnel, etc. <input type="checkbox"/> Person 65 years or older <input type="checkbox"/> Person 60 to 64 years old <input type="checkbox"/> Worker at a senior citizen facility, etc. <input type="checkbox"/> Person with an underlying disease (name of disease:)	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
Are you currently suffering from any kind of illness and receiving treatment or medication? Name of disease: <input type="checkbox"/> heart disease <input type="checkbox"/> kidney disease <input type="checkbox"/> liver disease <input type="checkbox"/> blood disease <input type="checkbox"/> disease that makes it difficult to stop bleeding <input type="checkbox"/> immune deficiency <input type="checkbox"/> other () Nature of treatment: <input type="checkbox"/> blood-thinning medicine () <input type="checkbox"/> other ()	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
Have you had a fever or gotten sick in the last month? Name of disease ()	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
Are there any parts of your body that are not feeling well today? Condition ()	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
Have you ever had a convulsion (seizure)?	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
Have you ever experienced severe allergic symptoms (such as anaphylaxis) from medications or foods? Medication or food that caused the problem ()	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
Have you ever been sick after receiving a vaccine? Type of vaccine () Condition ()	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
Is there any possibility that you are currently pregnant (for example, your period is later than expected)? Or are you breastfeeding?	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
Have you had any vaccines within the last two weeks? Type of vaccine () Date of vaccine ()	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
Do you have any questions about the vaccine today?	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	

Field filled in by doctor	In light of the results of the questions above and examination, today's vaccine is (<input type="checkbox"/> possible, <input type="checkbox"/> not possible). I have explained the effects of the vaccine, side effects, and the Relief System for Injury to Health with Vaccination to the patient.	Signature and seal of doctor
	<input type="checkbox"/> The person to be vaccinated is under 6 years old (fill in if applicable)	

COVID-19 Vaccination Request Form

After receiving a medical examination and explanation from a doctor and understanding the effects and side effects of the vaccine, do you wish to receive this vaccine?
 (☐ I wish to be vaccinated/ ☐ I do not wish to be vaccinated)

The purpose of this preliminary medical examination form is to ensure the safety of the vaccine.

I understand this and consent to this prevaccination Screening Questionnaire being submitted to the municipal government, the All-Japan Federation of National Health Insurance Organizations, and the National Health Insurance Organization.

Signature of vaccinated person or their guardian
 Date: _____
 (*If the person to be vaccinated is unable to sign the form by himself/herself, a representative must sign the form, and the representative's name and relationship to the person to be vaccinated must be indicated.)
 (*In the case of a person under 16 years of age, the form must be signed by the guardian; in the case of an adult ward, the form must be signed by the person himself/herself or the adult guardian.)

Field filled in by doctor	Name of vaccine and lot number	Immunization amount	Vaccination location, name of doctor, and date of vaccination	*Please fill in the medical institution code and vaccination date so that they fit within this field.
	Seal position		Vaccination location	Medical institution code
	*Paste it <u>straightly</u> along with the frame. (Note: Make sure that the expiration date has not expired.)	ml	Name of doctor	Date of vaccination *Example: April 1, 2021 → 2021/04/01