

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

※太い枠の中は書いたりチェック☑をしてください。

住居票に書いている住所	都道府県		市区町村	
フリガナ なまえ 名前	電話番号	()	-	
生まれた日 (西暦)	年	月	日生(満	歳)
				男・女
				ここに来る 前の体温
				度
				分

注意
この予診票では手続きができません。
日本語の予診票に書いてください。

質問	答え		医師
あなたは新型コロナウイルスワクチンをはじめて打ってもらいますか？ (ワクチンを打ってもらったことがある場合) 1回目： 月 日、2回目： 月 日	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
今あなたが住んでいる市・町・村と新型コロナウイルスワクチンのクーポン券に書いてある市・町・村は同じですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
あなたは「新型コロナウイルスワクチンの説明書」を読んで下のことがわかりましたか？ ・ワクチンの働きについて ・悪い影響の可能性について	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
あなたはワクチンを早く打ってもらうことができるグループに入っていますか？次の□の中にあなたにあうことがあったら☑にチェックを書いてください。 □病院で働いている人など □65歳以上 □60～64歳 □お年寄りを世話するところで働いている □病気がある(病気の名前)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
あなたは今なにかの病気で病院でみてもらっていますか(薬をもらっていますか)？ 病気の名前：□心臓の病気 □腎臓の病気 □肝臓の病気 □血液の病気 □血がすぐにとまらない □病気にならないための体のしくみ(免疫) がうまくはたらかない病気 □そのほか() もらっている薬など：□血がかたまらないようにする薬() □そのほかの薬()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
その病気であなたをみているお医者さんはあなたに今日ワクチンを打ってもいいと言いましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
あなたは今から1か月以内に熱がでたり病気になったりしましたか？病気になったら病気の名前を書いてください。病気の名前()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
あなたは今日体の調子がよくないところがありますか？あるときはどんなことか書いてください。症状()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
あなたはいままでに急に手や足がつぱったり体が動かなくなったりしたことがありますか？(このような状態を「けいれん(またはひきつけ)」といいます)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
あなたは今までに薬やたべものでひどいアレルギー(たとえばアナフィラキシーという病気など)になったことがありますか？アレルギーになったことがある場合その原因になったものを書いてください。原因になったもの()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
あなたは今までにワクチンを打って体の調子が悪くなったことがありますか？調子が悪くなったことがあったらそのとき何のワクチンであったかとどんなことがあったかを書いてください。 種類() 症状()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	

あなたは <small>いま</small> 今あかちゃんがおなかにいる（ <small>にんしん</small> 妊娠している） <small>せいり</small> かもしれませんか？たとえば <small>せいり</small> 生理がいつもより <small>おそくなったり</small> おそくなったりしていますか？またはあかちゃんに <small>ぼにゆう</small> 母乳をあげていますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
あなたは <small>きよう</small> 今日から <small>しゆうかん</small> 2週間 <small>い</small> 以内に <small>しんがたころなわくちん</small> 新型コロナワクチン <small>い</small> 以外の <small>わくちん</small> ワクチンを <small>う</small> 打ちましたか？打った人は <small>なに</small> 何の <small>わくちん</small> ワクチンかと <small>う</small> 打った日 <small>ひ</small> を書いてください。 <small>しゆるい</small> 種類（ <small>う</small> ） <small>う</small> 受けた日（ <small>ひ</small> ）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<small>きよう</small> 今日 <small>しんがたころなわくちん</small> 新型コロナワクチンを <small>う</small> 打ってもらうことについて <small>しつもん</small> 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"/> 見合わせる ）	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。	

しんがたころなわくちん 新型コロナワクチンを う 打ってもらいたいのかどうかについての しよるい 書類

あなたは いしよ お医者さんに み みてもらったり いしよ お医者さんから せつめい 説明を き 聞いたりして わくちん ワクチンを う 打ってもらったときに わくちん ワクチンが き 効くかどうかや ど どの わる 悪い影響が で できるかもしれないか な などがわかりましたか？ わか わかった場合 それでも それでもあなたは わくちん ワクチンを う 打ってもらいたいのですか？
 打ちたいです ・ 打ちたくないです

この書類（よしんひよう 予診票と い いいます）は しんがたころなわくちん 新型コロナワクチンを あんぜん 安全に う 打つための もの ものです。

わたしは このこと このことが わかり わかりました。そして やくしょ 役所が この書類 この書類（よしんひよう 予診票）を し 市・まち 町・むら 村と こくみんけんこうほけんちゆうかうかい 国民健康保険中央会と こくみんけんこうほけんだんたいれんごうかい 国民健康保険団体連合会（ど どちらも けんこうほけん 健康保険の しごと 仕事をしている ところ ところ）に い 出すことを おとめ 認めます。

ねん 年 がつ 月 にち 日
さいん サイン _____

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	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> 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 2020年 月 日