



新型コロナワクチン接種の予診票 (3回目)

※太い枠の中は書いてたりチェック☑をしてください。

券種	2 (予診のみ)	3 回目
請求先	〇〇県〇〇市	123456
券番号	1234567890	
氏名	厚生 太郎	
 231234561234567890		

住みかた 書いてある住所	都道府県	市区町村
フリガナ 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 直前の体温		度 分

質問	答え	医師
あなたは新型コロナワクチンを打ったことがありますか？ ワクチンを打った日 (1回目: 年 月 日, 2回目: 年 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・村と接種券または右上の「請求先」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: <input type="checkbox"/> 心臓の病気 <input type="checkbox"/> 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> 血液の病気 <input type="checkbox"/> 血がすぐにとまらない <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> そのほか () もらっている薬など: <input type="checkbox"/> 血がかたまらないようにする薬 () <input type="checkbox"/> そのほかの薬 ()	<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がなったりしましたか？病気が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かんだ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	
あなたはいま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	
あなたはいま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	
あなたは今あかちゃんがおなかにいる (妊娠している) かもしれませんか？たとえば生理がいつもよりおそくなったりしていますか？またはあかちゃんに母乳をあげていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
あなたは今日から2週間以内に新型コロナワクチン以外のワクチンを打ちましたか？打った人は何のワクチンかと打った日を書いてください。 種類 () 受けた日 ()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日新型コロナワクチンを打ってもらうこと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。	医師署名又は記名押印
-------	--	------------

新型コロナワクチンを打ってもらいたいかどうかについての書類

あなたは、お医者さんにみてもらったり、お医者さんから説明を聞いたりして、ワクチンを打ってもらったときに、ワクチンが効くかどうかや、どんな悪い影響がでるかもしれないかなどがわかりましたか？ わかった場合、それでもあなたはワクチンを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(予診票といいますが)は、新型コロナウイルスワクチンを安全に打つためのものです。

わたしはこのことがわかりました。そして、役所がこの書類(予診票)を市・町・村と国民健康保険中央会と国民健康保険団体連合会(どちらも健康保険の仕事をしているところ)に出すことを認めます。

ねん がつ にち
年 月 日

さいん
サイン

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		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	<input type="text"/> <input type="text"/> ml	医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
			2020 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日