

予診票の書き方 (1・2回目)

赤枠で囲んだところを記入してください

新型コロナワクチン接種の予診票 (1・2回目用)

※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	三重 都道府県 伊賀 市区町村
フリガナ	〇〇〇〇 〇〇〇番地の〇
氏名	イガ シノブ 伊賀 忍
電話番号	(000) 0000- 0000
生年月日 (西暦)	1971年 5月 1日生 (満 50歳) <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
診察前の体温	36度 5分

何も貼らないでください

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。 接種日(1回目: 年 月 日、2回目: 年 月 日) 接種を受けたワクチン()	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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。	<input checked="" 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 checked="" 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"/> 毛細血管漏出症候群 <input checked="" type="checkbox"/> その他(高血圧)	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> 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()	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ	

接種日当日の体温を記入してください

生年月日は西暦で記入してください

はい・いいえはすべての項目にチェックしてください

医師が記入します

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、接種の効果、副反応及び接種健康被害の発生を説明し、接種の同意を得た。	医師署名又は記名押印
医療機関記入欄	時間外(受付時間:) 休日 <input type="checkbox"/> 小児(6歳未満) <input type="checkbox"/> 予備① <input type="checkbox"/> 予備②	

記入不要 (医師が記入します)

自署できない場合は代筆者が記名し本人との続柄と代筆者氏名を記入してください
例) 長男 伊賀太郎代筆

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。

〇年〇月〇日 被接種者又は保護者自署 **伊賀 忍**

医師記入欄	シール貼付位置 ※枠に合わせ、点線に沿っ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	実施場所	医療機関等コード
	医師名	接種年月日(記入例) 2021年04月01日	2021年 月 日

記入不要 (医師が記入します)