

予診票の書き方 (3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 (追加接種用)
 ※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

あらかじめ
印刷されています

内容に間違いがないか
確認してください

接種日(1回目): 年 月 日、2回目: 年 月 日

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 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。
 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。
 病名: 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
 毛細血管漏出症候群 その他(**高血圧**)
 治療内容: 血をサラサラにする薬() 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() 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() はい いいえ

けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。 はい 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() はい 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() はい 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。
 はい 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() 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 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(可能 見合わせる)
 本人に対し、説明のうえ、副反応の発生に留意して接種健康観察を行います。

医療機関記入欄
 時間外(受付時間:) 休日 小児(6歳未満) 予備① 予備②

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 **伊賀 忍**

医師記入欄
 ※枠に合わせ、必ず
 貼り付けてください
 (注)有効期限が切れていないか確認

接種日当日の体温を
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

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

記入不要 (医師が記入します)

記入不要 (医師が記入します)