新型コロナワクチン接種の予診票

■

■

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 券 種 | 2 | (□予診のみ) | 1 | 回目 |
| 請 求 先 | ○○県○○市 | | 123456 | |
| 券 番 号 | 1234567890 | |  | |
| 氏 名 | 厚生●●●●●●●● 太郎 | |

※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  府 県 町 村 | | | | | 21123456134567890 | | | |
|  | | | | |
| フリガナ |  | 電話番号 | （ ）  - | | |  | |
| 氏 名 |  |
| 生年月日  （西暦） | □□□□年□□月□□日生（満□□□歳） | | | □男・□女 | 診察前の体温 | | □□度 □分 | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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。  接種回数（　　　回）　　前回の接種日（　　　　　年　　　　月　　　　日）  前回接種を受けた新型コロナワクチンの種類（　　　　　　　　　　　　　　） | □はい | □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 | □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（ 　　　　） | □はい | □いいえ |
| 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はありますか。　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 |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関 | 〇時間外(受付時間 | ： | ） | 〇休日 | 〇小児（６歳未満） | 〇予備① 〇予備②  ※該当する項目について、マークの形からはみ出さないように濃く塗りつぶしてください。 |
| 記入欄 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 新型コロナワクチン接種希望書  医師の診察・説明を受け、種類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。  このことを理解した上、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。 |
|  | □.□□  ml | 実施場所   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 医療機関等コード | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   医師名 接種年月日 ※記入例）４月１日→ ０４月０１日   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  | 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 |