

※黒いペンで書いてください。(消せるペンは使用しないでください)

新型コロナウイルス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。

住民票に記載されている住所	都 道 市 区 村 住民票に記載されている住所		券 種	2 (□予診のみ)	3 回目
フリガナ	ヒロカ タロウ	電話番号	(0172)	請求先	〇〇県〇〇市
氏 名	弘果 太郎		27 - 5511	券番号	1234567890
生年月日(西暦)	1971年12月20日生(満50歳)			氏 名	太郎
					診察前の体温
					36度3分

当日の体温を記入

質問事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナウイルス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: 2021年6月27日、2回目: 2021年7月25日) 接種を受けたワクチン(モデルナ、モデルナ)	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現時点で「新型コロナウイルス感染症」に罹患していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
『新型コロナウイルス感染症』に罹患した場合は、接種日(1回目: 2021年6月27日、2回目: 2021年7月25日)と接種を受けたワクチン(モデルナ、モデルナ)をご記入ください。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が田舎に、病気に罹りましたか。 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	

弘果職域接種で接種された方は  
 接種日(1回目: 2021年6月27日、2回目: 2021年7月25日)  
 接種を受けたワクチン(モデルナ、モデルナ)  
 とご記入ください。  
 それ以外の会場で受けられた方は、接種記録を確認してご記入ください。

全ての質問にご回答ください

☑と署名をお忘れなく

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	医師署名又は記名押印
医療機関記入欄	〇 時間外(受付時間 : ) 〇 休日 〇 小児(6歳未満)	

新型コロナウイルス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 ・  接種を望みません )

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。

2022年 2月 27日 被接種者又は保護者自署 弘果 太郎

(※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)

ワクチン名・ロット番号	シール貼付位置	接種年月日	医療機関等コード
	※枠に合わせてまっすぐ貼り付けてください	2022年 2月 27日	
(注)有効期限が切れていないか確認			