

予診票の記入例

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

※本枠内にご記入またはチェックを入れてください。

ご自身の住所、名前、電話番号、生年月日、性別を記入してください。

該当する項目にチェックを入れてください。
※持病のある方は、かかりつけ医に相談をしてから接種を受けるか判断してください。

接種日に、接種の効果や副反応の説明を受けたうえで記入してください。

住所	大分 大分 市区町		〒	914-0000		
フリガナ	オオイト 太郎		電話番号	(097) 534-6111		
氏名	大分 太郎		性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
生年月日(西暦)	1941	年	01	月	01	日生(満80歳)
接種事項	新型コロナウイルスの接種を初めて受けますか。 (接種を受けたことがある場合 1回目: 月 日、2回目: 月 日)		はい	<input checked="" type="checkbox"/>		
接種場所	現時点で住民票のある市町村と、クーポン券に記載されている市町村は同じですか。		はい	<input checked="" type="checkbox"/>		
説明書	『新型コロナウイルスの説明書』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	<input checked="" type="checkbox"/>		
接種資格	接種資格の上位となる対象グループに該当しますか。 <input type="checkbox"/> 医療従事者等 <input checked="" type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60~64歳 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等の従事者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する(病名:)		はい	<input checked="" type="checkbox"/>		
現在病状	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 checked="" 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"/> その他() 治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他()		はい	<input checked="" type="checkbox"/>		
医師相談	この病気を除いてもらった医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。		はい	<input checked="" type="checkbox"/>		
発熱	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	<input checked="" type="checkbox"/>		
体調	今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状()		はい	<input checked="" type="checkbox"/>		
アレルギー	けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。		はい	<input checked="" type="checkbox"/>		
アレルギー	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	<input checked="" type="checkbox"/>		
アレルギー	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	<input checked="" type="checkbox"/>		
妊娠	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	<input checked="" type="checkbox"/>		
接種履歴	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	<input checked="" type="checkbox"/>		
接種履歴	今日の予防接種について質問がありますか。		はい	<input checked="" type="checkbox"/>		
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)		医師署名又は記名押印			
医師記入欄	本人に対して、接種の効果、副反応及び予防接種副反応救済制度について、説明した。 <input type="checkbox"/> 被接種者は未成年である(該当する場合は捺印してください)		医師署名又は記名押印			
接種希望書	新型コロナウイルス接種希望書 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。(<input checked="" type="checkbox"/> 接種を希望します / <input type="checkbox"/> 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。 2021年 〇月 〇日 被接種者又は保護者自署 大分 太郎 (※未成年の場合は保護者自署、代筆者氏名及び被接種者との関係を記載) (※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被接種者の場合は本人又は成年被接種者自署)		医師署名又は記名押印			
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	
医師記入欄	医師名	接種年月日	接種年月日	接種年月日	接種年月日	

何も貼らないでください。
(接種後に医療従事者が接種券を貼ります。)

体温は接種場所から記入します。
※接種に行く前にもご自宅で検温し、37.5℃以上ある場合は接種を控えてください。

記入しないでください。
(医師記入欄)

記入しないでください。
(医師記入欄)