

新型コロナワクチン接種の予診票

※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	青森 都 道 六戸 市 区 村	
フリガナ	大字犬落瀬字後田 42 番地 1	
氏名	六戸 花子	電話番号 (090) 0000 0000 -
生年月日 (西暦)	1 9 5 1 年 0 1 月 0 1 日生 (満 0 7 0 歳)	<input type="checkbox"/> 男 · <input checked="" type="checkbox"/> 女
診察前の体温	度	分

※ここには
接種券 (シール) を
貼らない
でください!

質問事項	回答欄	医師記入欄
<p>・この枠内をご自宅等で事前にご記入のうえ、接種会場へお持ちください。 空欄の場合は、ワクチン接種を受けられない場合があります。 ※接種会場内の三密回避やスムーズな接種のため、ご協力ください。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<p>接種順位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:)</p>	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<p>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 checked="" type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他()</p>	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<p>その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<p>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()</p>	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
<p>・この項目が該当する場合は、事前にかかりつけ医へ接種をしてもよいか確認をしてください (眼科や皮膚科、整形外科等に通院している方も含みます)。 ・かかりつけ医からの確認がないと、接種を受けられない場合があります。</p>	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
<p>これまで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()</p>	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
<p>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。</p>	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
<p>2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類() 受けた日()</p>	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
<p>今日の予防接種について質問がありますか。</p>	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	

医師記入欄	<p>・必ず「接種の希望の有無」「日付」「署名」をお願いします。 ※ご家族が代筆した場合は「続柄」「氏名」の記載も忘れずに!</p>
-------	--

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。

令和3年 7 月 6 日 被接種者自署 六戸 花子

(※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
	シール貼付位置	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> ml	医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
	※枠に合わせてまっすぐに貼付けてください (注)有効期限が切れていないか確認			2 0 2 年 月 日