

# 新型コロナワクチン接種の予診票（追加接種用）

記入例

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

券種	2 ( ) (予診のみ)	3 回目
請求先	〇〇県〇〇市	123456
券番号	1234567890	
厚生	●●●●●●	

「請求先」の市区町村と「住民票に記載されている住所」の市区町村が同一か確認してください。

住民票に記載されている住所	滋賀 都府 県 大津 市 区 町 村
フリガナ	シガ タロウ
氏名	滋賀 太郎
生年月日(西暦)	1872年09月29日生(満149歳)
性別	男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>
診察前の体温	度 分

会場にて検温し、スタッフが記入します。

年齢は必ず3桁をご記入下さい。  
例：満30歳の場合⇒満030歳

市区町村の記入は、以下の例を参考にしてください。  
市：大津市・彦根市・名古屋市・京都市・大阪市  
区：新宿区・文京区・世田谷区（東京23区のみ）  
町・村：(蒲生郡) 日野町・(相楽郡) 南山城村  
※政令指定都市（京都市など）の「区」は下段に記入してください。  
※町・村の「郡」の記入は任意です。

質問事項	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	2021年 月 日
接種を受けたワクチン(モデルナ)	
現時点で住民票年齢は必ず3桁をご記入下さい。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
「新型コロナワクチン接種」について理解しましたか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
病名： <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病	
<input type="checkbox"/> 毛細血管漏出症候群 <input type="checkbox"/>	
治療内容： <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬( )	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかっていますか。	<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。	<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)の原因になったもの( )	<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。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
種類(新型コロナワクチン(モデルナ)) 症状(めまい・じんましん)	
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(インフルエンザ) 受けた日(2月18日)	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input 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

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、説明した。	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	〇 予備②

接種を希望される場合はこちらにチェックしてください。

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。( <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。
2022年 月 日 被接種者又は保護者自署 滋賀 太郎

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	年月日
	シール貼付位置			
	※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください	ml	医師名	2022年 月 日
	(注)有効期限が切れていないか確認			

接種日を記入してください。

「新型コロナワクチン接種希望書」の内容をご確認の上、署名をしてください。