

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票 記入例

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。

※赤枠内をご記入ください。

※左隅に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください

(クーポン貼付)

※自宅や会場で検温して記入

住民票に記載されている住所	都道府県	市区町村
フリガナ	タロウ	(011)
氏名	太郎	電話番号 241-0000
生年月日(西暦)	1955年11月14日生(満65歳)	診察前の体温

質問事項	回答欄	医師記入欄
① 新型コロナワクチン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)	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
② 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
③ 『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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
④ 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 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:)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
⑤ 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 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()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
⑥ 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
⑦ 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()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
⑧ 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 type="checkbox"/> いいえ	
⑨ 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 type="checkbox"/> いいえ	
⑩ 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 type="checkbox"/> いいえ	
⑪ 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 type="checkbox"/> いいえ	
⑫ 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 type="checkbox"/> いいえ	
⑬ 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 type="checkbox"/> いいえ	
⑭ 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 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。 <input type="checkbox"/> 被接種者は6歳未満である(該当する場合は塗りつぶしてください)	医師署名又は記名押印
-------	---	------------

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。(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 〇 月 〇 日 被接種者又は保護者自署 **札幌太郎**

(※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	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
シール貼付位置	ml	実施場所
※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		医療機関等コード
		接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
		202 年 月 日

予診票の質問事項の回答方法について

質問事項	回答方法
①	初めて接種をする方は、回答欄の『はい』にチェックします。2回目の接種をする方は、質問事項欄に1回目の接種日を記入し、回答欄の『いいえ』にチェックします。
②	接種日時点でクーポン券に記載の市町村と住民票のある市町村が同じなら回答欄の『はい』にチェックします。異なっている場合は、接種を受けることができませんので、住民票のある市町村からクーポン券の発行を受けた上で接種を受けてください。
③	接種を受ける前に新型コロナワクチンの説明書を読み、内容を理解された方は回答欄の『はい』にチェックします。『いいえ』の場合、新型コロナワクチンの説明書を読むか、会場にいるスタッフ等に説明を受けるようにし、改めて『はい』にチェックするようにしてください。
④	質問事項欄の対象グループに該当項目がある方はその項目にチェックし、回答欄の『はい』にチェックしてください。どの対象グループにも該当しない方は、回答欄の『いいえ』にチェックしてください。
⑤	質問事項欄の病名や治療内容で該当する項目がある方はその項目にチェックし、回答欄の『はい』にチェック該当する項目がない方は、回答欄の『いいえ』にチェックしてください(『いいえ』の方は⑥の回答不要です。)
⑥	⑤の回答欄で『はい』と回答した方のみ記入してください。病気等を診てもらっている医師に相談してワクチン接種をしてよいと言われている方は、回答欄の『はい』にチェックしてください。医師に相談していない方は、回答欄の『いいえ』にチェックしてください。 ※『いいえ』の場合、接種できない可能性があります。
⑦	1か月以内に発熱や病気にかかった方は、回答欄の『はい』にチェックしてください。特に発熱や病気がなかった方は、回答欄の『いいえ』にチェックしてください。
⑧	接種当日に体調が良くない方は質問事項の症状欄に具体的な内容(熱っぽい、朝からめまいがする等)を記入し、回答欄の『はい』にチェックしてください。体調に特に問題がない方は、回答欄の『いいえ』にチェックしてください。 ※体調が良くない方は、予約キャンセルのうえ、別日での接種もご検討ください。
⑨	今までにけいれんを起こしたことがある方は、回答欄の『はい』にチェックしてください。今までにけいれんが起きたことがない方は、回答欄の『いいえ』にチェックしてください。
⑩	今までに薬や食べ物でアナフィラキシーなどを起こしたことがある方は、質問事項欄にその原因となったもの(小麦、そば等)を記入し、回答欄の『はい』にチェックしてください。 ※1回目のコロナワクチン接種でアナフィラキシーを起こした方は2回目の接種ができません。特にない場合は、回答欄の『いいえ』にチェックしてください。
⑪	今までに予防接種を受けて体調が悪くなったことがある方は、質問事項欄にその時受けた予防接種の種類とどんな症状があったかを記入し、回答欄の『はい』にチェックしてください。特にない場合は、回答欄の『いいえ』にチェックしてください。
⑫	女性で、妊娠している可能性がある方や授乳中の方は、回答欄の『はい』にチェックしてください。上記以外の女性の方、または男性の方は、回答欄の『いいえ』にチェックしてください。 ※妊婦については使用実績が限定的であるため、努力義務の適用が除外されています。予防接種上の有益性と副反応等のリスクをよく理解していただき、医師にご相談のうえ、接種を検討してください。
⑬	2週間以内にコロナワクチン以外の予防接種を受けた方は、回答欄の『はい』にチェックしてください。受けていない方は、回答欄の『いいえ』にチェックしてください。 ※2週間以内にコロナワクチン以外の予防接種を受けた方は、緊急の事情がある場合を除き、その予防接種を受けた日から2週間が経過するまでコロナワクチンを接種できません。(副反応が出た場合にコロナワクチンが原因であるか判断できなくなるため)
⑭	コロナワクチン接種について医師等に質問がある方は、回答欄の『はい』にチェックしてください。質問が特にない方は、回答欄の『いいえ』にチェックしてください。