

予診票の書き方

スムーズに接種が受けられるよう、**予診票記載例の枠内の箇所を事前にご記入ください。**

記載例

ワクチン接種の予診票

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
 氏名 () 電話番号 () - ()

生年月日 (西暦) 年 月 日生 (満 歳) 男 女 診察前の体温 度 分

質問事項 回答欄 医師記入欄

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 いいえ

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 いいえ

「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 いいえ

接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。
 医療従事者等 65歳以上 60~64歳 高齢者施設等の従事者
 基礎疾患を有する(病名:) はい 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。
 病名: 心臓病 腎臓病 肝臓病 血液疾患 血が止まりにくい病気 免疫不全
 その他() はい いいえ

治療内容: 血をサラサラにする薬() その他()

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。 はい いいえ

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 いいえ

今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状() はい いいえ

けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。 はい 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() はい 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() はい 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。 はい 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() はい いいえ

今日の予防接種について質問がありますか。 はい いいえ

以上の問診及び診察の結果、今日の接種は(可能 ・ 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健康被害救済制度について、説明した。

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。(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。

年 月 日 被接種者自署

(※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)
 (※被接種者が成年被接種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	医療機関等コード
クーポン券貼付位置		実施場所	医療機関等コード
※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	<input type="checkbox"/> ml	医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
			2022年 月 日

クーポンは貼付しないでください
 接種券(クーポン)は医療機関で貼付けしますので、接種券(クーポン)のシールははがさないようご注意ください。

接種当日の体温をご記載ください。

接種間隔を確認しますので必ず日付を記入してください。

同封の「新型コロナウイルスワクチン予防接種についての説明書」をお読みください。

服薬しているお薬がありましたら、お薬手帳をご確認ください。

該当があれば必ずご記載ください
 これまで起こしたことのある症状によっては、接種後の経過観察期間が異なったり、接種を見合わせたりすることがあります。

接種希望書欄は事前に(または家で)記入しないでください。接種当日、予診及び説明を受けた後、ご記載ください。

利用者コールセンターのご案内

柏市をはじめ、国や県で開設しているコールセンターや相談窓口をお知らせします。

柏市における新型コロナウイルスワクチン接種に関すること、
 新型コロナウイルスワクチン全般

柏市新型コロナウイルスワクチン
 コールセンター

04-7179-2663
 04-7179-2313
 8:30~17:15
 土・日・祝も実施

新型コロナウイルスワクチン接種に関する
 一般的なお問い合わせ先

厚生労働省
 新型コロナウイルスワクチン
 コールセンター

0120-761770
 9:00~21:00
 土・日・祝も実施

新型コロナウイルスワクチンに係る副反応等
 に係る相談

千葉県新型コロナウイルスワクチン
 副反応等専門相談窓口

03-6412-9326
 24時間
 土・日・祝も実施