

# 予診票の書き方

※予診票はボールペンで記入してください  
(鉛筆、消えるボールペン不可)

## 新型コロナワクチン接種の予診票 (追加接種用)

※太枠内にご記入またはチェック区を入れてください。

住民票に記載されている住所 部 道 市 区 町 村 府 県 青空市太陽三丁目1-2-3 ○○○マンション201号室	〒 2100000001 健康 波平	2 (口予診のみ) 3 回目 健康保険青空市 123456 231234562100000001
フリガナ ケンコウ ナミヘイ 氏 名 健康 波平	電話番号 ( ) -	231234562100000001
生年月日 (西暦) 1959年01月01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
新型コロナワクチンの接種を受けたことがありますか。 接種日(1回目: 2021年 8月 1日, 2回目: 2021年 8月 29日) 接種を受けたワクチン(武田/モデルナ、武田/モデルナ)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現時点で住民票のある市町村と、接種券又は右上の請求先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	
「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	
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"/> 毛細血管漏出症候群 <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	
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	
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	
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	
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	
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	
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	
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	
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"/> 具合合わせる ) 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	
医療機関記入欄 0 時間外(受付時間 : ) 0 休日 0 小児(6歳未満) 0 予備① 0 予備②		
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 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。	被接種者又は保護者自署 年 月 日 (※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名(「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、成年被接種者の場合は本人又は成年同居者自署))	
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 実施場所 医療機関等コード 接種年月日は枠内に収まるよう記入 医療機関等コード 日→04月01日 月 日	接種希望書欄は事前記入不要です 接種当日、予診及び説明を受けた後、ご記載ください。	

接種券は予診票と一体型です

接種当日の体温をご記載ください。

自動印字されている内容に誤りがないか確認し、電話番号を必ずご記載ください。

同封の「新型コロナ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  
起きたことのある症状によって、接種後の経過観察時間が異なったり、接種を見合わせたりすることがあります。

被接種者が16歳未満の場合、保護者のかたの自署が必要です。