

# 予診票の記入例

青色の部分  
記入してください。

黒色で印字されている情報と異なる箇所は二重線を引き、正しい情報に訂正してください。

## 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☑を入れてください。

券種	2	( <input type="checkbox"/> 予診のみ)	3	回目	3456	
住民票に記載されている住所	兵庫県神戸市 中央区加納町6-5-1					
フリガナ	コウベ タロウ		電話番号	(078) 123-4567	接種当日の朝に測定して記入してください。	
氏名	神戸 太郎		性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	診察前の体温	
生年月日(西暦)	2011	年	10	月	10	日生(満10歳)

必ず保護者の方と連絡のつく電話番号を記載してください。

接種当日の朝に測定して記入してください。

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 3月 12日、2回目: 2021年 4月 2日) 接種を受けたワクチン(ファイザー)	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現時点で住民票のある市町村と、右上の請求先に記載されている市町村は同じですか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	同封の説明書を読んでください。
『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 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。 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"/> 毛細血管漏出症候群 <input checked="" type="checkbox"/> その他(糖尿病)	<input checked="" 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(かぜ、10日前に37℃発熱・咳)	<input checked="" 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 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(ソバ 1年前)	<input checked="" 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(インフルエンザ) 症状(接種後3日目に38℃発熱)	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	2週間以上経ってから受けましょう。
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( ) 受けた日( )	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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 予備①	〇 予備②
---------	---------------------	-------	-------

当日記入していただきますので事前の記入は不要です。

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。

年 月 日 被接種者又は保護者自署 **神戸 一郎**

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		医師名
		接種年月日
		202

保護者の方の署名(自署)が必要です(署名がなければ予防接種は受けられません。)  
保護者の方は『新型コロナワクチン予防接種についての説明書』をよくご確認ください。