

予診票記入例



※厚生労働省のHPに掲載されている「新型コロナワクチン予防接種についての説明書」をお読みの上、ご記入ください。

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。

住民票に記載されている住所	東京 ^都 台東 市 ^区 村		
フリガナ	タイトウ ハナコ	電話番号	(03) 5246-1111
氏名	台東 花子	生年月日(西暦)	1980年12月1日生(満41歳) <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
診察前の体温	度 分		

接種会場で職員が接種券を貼りますので、何も貼らないでください。

※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)

接種当日会場で検温し、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 5月 11日、2回目: 2021年 6月 1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、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 checked="" 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ご自身の1・2回目接種日及び接種を受けたワクチンをご記入ください。	<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 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"/> 毛細血管漏出症候群 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他()		
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 checked="" 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()	<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。 種類() 症状()	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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 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	医師署名又は記名押印
-------	---	------------

記入しないでください。

医療機関記入欄	<input type="checkbox"/> 時間外(受付時間:) <input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> 小児(6歳未満) <input type="checkbox"/> 予備① <input type="checkbox"/> 予備②
---------	--

※該当する項目について、マークの形からはみ出さないように濃く塗りつけてください。

新型コロナワクチン接種希望書	医師の診察・説明を受け、この予診票は、接種の安全を確保するために、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 2月 1日 被接種者又は保護者自署 台東 花子

3回目接種を受ける年月日をご記入ください。

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
シール貼付位置		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	ml	医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
(注)有効期限が切れていないか確認			2022年 月 日

記入しないでください。