

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。

住民票に記載されている住所	千葉県 船橋市 湊町2-10-25
フリガナ	フナバシ タロウ
氏名	船橋 太郎
生年月日(西暦)	20xx年 11月 1日生 (満15歳)
性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
診察前の体温	36度5分

接種券は事前に貼らないでください
(会場でスタッフが貼付します)

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	
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 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ついて理解しましたか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。 <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 checked="" 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"/> 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 checked="" 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 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	医師署名又は記名押印
	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)	

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。

2021年 10月 1日

被接種者又は保護者自署 **船橋 一郎**

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
	シール貼付位置	ml	医師機関等コード
	※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		接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日 2021年 10月 1日

新型コロナワクチンの接種対象となっている12~15歳のお子様の保護者の方へ

- ◎接種させる場合には、予診票の署名欄に、保護者の氏名を署名してください。接種を希望されない場合には、自署欄には何も記載しないでください。予診票に保護者の署名がなければ予防接種は受けられません。
- ◎中学生以上のお子様への予防接種については、接種医療機関(接種会場)が認める場合(※)には、保護者がこの説明書を読み、予診票に保護者の方が自ら署名することによって、保護者の同伴がなくても、お子様は予防接種を受けることができます。
(※)保護者の同伴が必要ない旨の案内をしている場合に限り。案内をご覧になるか、予約時にご確認ください。
- ◎保護者の同伴なしに接種する場合には、予診票の「電話番号」記載欄には、緊急連絡先(予診や接種の際に、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。
- ◎疑問などがあれば、あらかじめ、国や市町村からの情報をご覧いただくか、かかりつけ医やお住まいの市町村などに確認し、納得したうえで、ご判断をお願いします。

12歳~15歳で中学生以上のお子様はやむを得ず保護者の同伴なしに接種する場合(※)は、緊急連絡先(予診や接種の際に、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。
(※)同伴の可否は医療機関等により異なりますので、接種を希望する医療機関等にお問い合わせください。

「新型コロナワクチンの説明書」は接種券(クーポン券)に同封しているほか、市ホームページでご確認いただけます。

お薬を飲んでいる場合は、接種当日に「お薬手帳」などをお持ちいただくと安心です。

体調が優れない時は、接種を控えてください。

原則、前後2週間に他のワクチン接種を受けることはできません。

12歳~15歳のお子様接種させる場合は、保護者の氏名を保護者が自署してください。その他の方は接種を受けるご本人が自署してください。