

予診票の記入例

住民票がある住所を記入してください。

接種券は自分で貼らないでください。

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

※太枠内にご記入またはチェック箱を入れてください。

住民票に記載されている住所 群馬 都 道 邑楽郡 大泉 市 区 村
日の出55-1

フリガナ オオイズミ サチコ 電話番号 (0276) 63-3111

大泉 幸子 933年01月01日生(満88歳) 男 女 診察前の体温 度 分

質問事項	回答欄	医師記入欄
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 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 type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
「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	
グループに該当しますか。 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"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
て、治療(投薬など)を受けていますか。 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"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
治療内容: <input checked="" type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> 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。	<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。 原因になったもの()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 () 症状()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
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	
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"/> 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

医師記入欄
シール貼付位置
※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

接種量 ml

実施場所 医師名

接種年月日 2021年 ×月 ×日 被接種者自署 大泉 幸子
(※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)
(※被接種者が成年被後見人の場合は本人又は成年後見人自署)

医療機関等コード

質問事項に当てはまる項目があれば、詳しく記入してください。

血をサラサラにする薬を内服している人は、接種後に出血や挫傷が現れることがあります。

病気で治療中の人は、接種前に主治医の許可が必ず必要です。

忘れずにチェックを入れてください。

会場で測った体温を記入します。

「はい」「いいえ」のどちらかにチェックをしてください。

接種日の記入と自署をしてください。
※自署が困難な場合は、代筆者が署名し続柄を記入してください。

説明書をご覧のうえ、予診票は必ず自宅で記入してきてください。
不明な点は事前にお問い合わせください。