

# Example of filling out the "Preliminary Examination Form (Yoshin-Hyo)"

Please enter the address where your residential certificate is registered.

Do NOT attach your coupon ticket by yourself.

## Preliminary Examination Form for COVID-19 Vaccination

英語

※Fill in and check  the appropriate answer in the bolded box below.

Address recorded in the Resident Card	GUNMA-KEN OURA-GUN OIZUMI-MACHI		
Katakana			
Phone	( ) ( ) ( ) - ( ) ( ) ( ) ( )		
Mon	Day	(Age) ( ) ( ) ( ) ( ) years old	<input type="checkbox"/> M · <input type="checkbox"/> F
Body Temp. before examination			( ) ( ) ( ) °C

※Align the coupon with the left corner and paste it straight along the dotted line. 左端に合わせて、点線に沿ってまっすぐに貼り合わせてください。  
(Paste the coupon) (クーポン貼付)

If any of the questions apply to you, please fill in the details.

People who are taking drugs that blood becomes smooth may experience bleeding or contusion after vaccination.

Enter your body temperature measured at the venue.

Questions	Answers	Dr. Use
Is this the first time you receive the COVID-19 vaccine?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Is the date of birth the same as the municipality printed on the coupon?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Did you read "the explanation of COVID-19 Vaccine"?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Are you 4 years old or older?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Are you a worker in Senior Citizen Facilities, etc.?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Having an underlying disease (Name of Disease: )	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Presently, do you have any illnesses and are you receiving treatment (medication, etc.)?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Name of Disease: <input type="checkbox"/> Heart Disease <input type="checkbox"/> Kidney Disease <input type="checkbox"/> Liver Disease <input type="checkbox"/> Blood Disease <input type="checkbox"/> Disease that make it difficult to stop bleeding <input type="checkbox"/> Immunodeficiency <input type="checkbox"/> Others ( )	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Treatment Details: <input type="checkbox"/> Drugs that blood becomes smooth. ( ) <input type="checkbox"/> Others ( )	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Did your doctor in charge for the treatment approve that you receive the vaccination today?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Have you had a fever or been sick within last 1 month? Name of Disease ( )	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Do you have any concerns about your health today? Symptoms ( )	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Are there any symptoms (e.g. anaphylaxis) caused by medications or foods? Medication or food ( )	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Are there any symptoms (e.g. anaphylaxis) caused by medications or foods? Medication or food ( )	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Are there any symptoms (e.g. anaphylaxis) caused by medications or foods? Medication or food ( )	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Is there a possibility that you are currently pregnant? (Your menstruation is later than expected, etc.) Or are you breastfeeding?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Have you received any vaccinations within the past 2 weeks? Type of Vaccination ( ) Date of Vaccination ( )	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Do you have any questions about today's vaccination?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Do NOT forget to put a check.

Please check either "Yes" or "No".

COVID-19 Vaccination Request Form	医師署名又は記名押印
Do you want to receive the vaccination after having been examined and explained by a doctor and having understood the effects of the vaccination and adverse reactions? ( <input type="checkbox"/> Yes, I want to receive. · <input type="checkbox"/> No, I do not.)	医師署名又は記名押印
The purpose of this questionnaire is to ensure the safety of the vaccination. With this understanding, I agree that this preliminary examination form will be submitted to the municipality, the National Health Insurance Organizations, and the Federations of National Health Insurance Organizations.	医師署名又は記名押印
Year Month Patient's or Guardian's Signature	医師署名又は記名押印
(※If the patient cannot sign, sign by the representative and indicate the name of the representative and the relationship with the patient.) (※If the patient is less than 16 years old, sign by his/her guardian. In the case of an adult ward, sign by the individual or the guardian of the adult.)	医師署名又は記名押印

医師記入欄 Doctor's Use Only	ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所・医師名 実施場所 Location of 医師名 Doctor's Name
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。 (※) 有効期限が切れていないか確認			

Please fill in the vaccination date and sign your name.  
※If it is difficult for you to sign your name, please have your substitute sign and indicate the relationship with you.

Please read the "Explanation of COVID-19 Vaccine" carefully, and be sure to fill out the "Preliminary Examination Form" at your home.

If you have any questions, please inquire of us in advance.

Contact Information: Health Promotion Division  
Phone 0276-62-2121

# Example of filling out the "Preliminary Examination Form (Yoshin-Hyo)"

Please enter the address where your residential certificate is registered.

Do NOT attach your coupon ticket by yourself.

**新型コロナワクチン接種の予診票**

※本枠内にご記入またはチェック☑を入れて下さい。

住民票に記載されている住所	都道府県	市区町村	<b>※左欄に合わせて、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください</b> (クーポン貼付)
電話番号 ( ) - ( ) - ( )		診察前の体温	度 分
月 日生 (満 歳)		<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	
問事項 日、二回目： 月 日 ) いる市区町村は同じですか。 などについて理解しましたか。		回答欄 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
基礎疾患を有する(病名)： 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 ( )		医師署名又は記名押印 <input type="checkbox"/> はい <input 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 ( ) 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いわれましたか。 最近1か月以内に発熱、出たり、病気がかかったりしましたか。 病名 ( ) 今日、体に具合が悪いところがありますか。症状 ( ) 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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
アナフィラキシーなどを起こしたことがありますか。 なったことはありませんか。 ) 症状 ( ) り遅れているなど)はありますか。または、授乳中ですか。 類 ( ) 受けた日 ( )		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <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(□可能・□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。 <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)	医師署名又は記名押印		
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。 <input type="checkbox"/> 接種を希望します・ <input type="checkbox"/> 接種 この予診票は、接種の安全性の確保を目的としています。			
Do NOT forget to put a check. 保険中央会 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理人が署名し、代理人氏名及び被接種者との続柄を記載) (※被接種者が6歳未満の場合は保護者自署、成年被保見人の場合は本人又は成年被保見人自署)	
医師記入欄 ワクチン名・ロット番号 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 <input type="checkbox"/> ml	実施場所 実施場所 医師名	医療機関等コード 接種年月日(※記入例) 4月1日~04月01日 2021年 月 日

If any of the questions apply to you, please fill in the details.

People who are taking drugs that blood becomes smooth may experience bleeding or contusion after vaccination.

Enter your body temperature measured at the venue.

If you are undergoing treatment for the illness, you will need approval from your doctor.

Please check either "Yes" or "No".

Please fill in the vaccination date and sign your name.  
 ※If it is difficult for you to sign your name, please have your substitute sign and indicate the relationship with you.

Please read the "Explanation of COVID-19 Vaccine" carefully, and be sure to fill out the "Preliminary Examination Form" at your home.  
 If you have any questions, please inquire of us in advance.

Contact Information: Health Promotion Division  
 Phone 0276-62-2121