

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。

都道

市區

住民票
記載さ
いる方
フリガ
ナ
氏

**住民票に記載の住所、氏名（フリガナ）、
電話番号、生年月日、年齢、性別、体温を
記載してください。**

生年月日
(西暦) | | | | 年 | | 月 | | 日生（満） | | 歳 | 男・ 女 診察前の体温 | | 度 | | 分

市区町村から届いた接種券は、
接種後に事務員が確認し、貼付
しますので、自身では貼らないで
ください。

(クーポン貼付)

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）

はい

いいえ

現時点での住民票のある市町村と

はい

いいえ

『新型コロナワクチンの説明書』を

はい

いいえ

接種順位の上位となる対象グループ

はい

いいえ

医療従事者等 65歳以上 60～64歳 高齢者施設等の従事者

基礎疾患を有する（病名： ）

現在、何らかの病気にかかる治療（投薬など）を受けていますか。

はい

いいえ

病名： 心臓病 腎臓病 肝臓病 血液疾患 血が止まりにくい病気 免疫不全

その他（ ）

治療内容： 血をサラサラにする薬（ ） 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（ ）

はい

いいえ

今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状（ ）

はい

いいえ

けいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか。

はい

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。

はい

いいえ

薬・食品など原因になったもの（ ）

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。

はい

いいえ

種類（ ） 症状（ ）

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。

はい

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（ ）

はい

いいえ

今日の予防接種について質問がありますか。

はい

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

**接種の希望有無のチェック、接種日、署名
を記載ください。**

か。（ 接種を希望します ・ 接種を希望しません）

被接種者又は
日 保護者自署

（※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統柄を記載）

者16歳未満の場合は保護者自署、成年被後見人の場合は本人又は成年後見人自署）

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	※医療機関等コード・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。
	シール貼付位置	ml	実施場所 医師名	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 (注)有効期限が切れてないか確認			接種年月日（※記入例）4月1日→04月01日 202□ 年 □□月 □□日	

記入例：必ずご記入ください

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	東京	都道府県	文京	市区町村
	湯島 1-5-45			
フリガナ	イカシカ ハナコ		電話番号	(03) XXXX-XXXX
氏名	医科歯科 花子			

市区町村から届いた接種券（シール）は貼らずにお持ちください。

(クーポン貼付)

生年月日(西暦) 1999年01月01日生 (満) 22歳) 男・女 診察前の体温 36度 1分

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
現時点での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る治療(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"/> 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 7月 ○日 被接種者又は
保護者自署 医科歯科 花子

(※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統柄を記載)

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	※医療機関等コード・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。							
	シール貼付位置	□ . □ ml	実施場所 医師名	医療機関等コード <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							
	接種年月日 (※記入例) 4月1日→04月01日										
	202□ 年 □□月 □□日										