

# 予診票記入例

## 新型コロナワクチン接種の予診票

赤枠内全てを必ず事前に  
ボールペンでご記入ください。

※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	岡山	都道府県	津山	市・区・町・村	接種券を事前に貼らないこと	接種券	
	山北520番地						
フリガナ	ツヤマ ハナコ	電話番号	(△△××	△△ - ○○××			
氏名	津山 花子						
生年月日(西暦)	1971年04月02日	生(満)50歳	<input type="checkbox"/> 男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	診察前の体温	接種会場で測定します		
<b>質問事項</b> 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)						回答欄	
①	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	① 接種券(クーポン券)の市町村名を確認後 <input type="checkbox"/>
②	『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	② 同封の説明書を読み「はい」に <input type="checkbox"/>
③	接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。 □医療従事者等 □65歳以上 □60~64歳 □高齢者施設等の従事者 □基礎疾患有する(病名: )					<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	③ 60~64歳は昭和32年4月2日~昭和37年4月1日の間に生まれた方です。  基礎疾患とは裏面にあてはまる方です。 必ず主治医に接種について相談してください。
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。 病名: <input type="text" value="自身の病名や投薬中の薬をご記入ください."/> 治療内容: <input type="text"/>							
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( ) 今日は、体に具合が悪いところがありますか。 症状( ) けいれん(ひき) 薬や食品など 薬・食品など これまでに予種類( ) 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。 2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類( ) 受けた日( ) 今日の予防接種について質問がありますか。						回答欄	
医師記入欄	<b>この枠は記入しないでください。</b> <b>接種当日に医療機関または接種会場で記入します。</b>						

### 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。

被接種者又は  
年 月 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続柄を記載)  
(※被接種者が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)

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。
<b>この枠は記入しないでください。</b> <b>接種当日に医療機関または接種会場で記入します。</b>			

# 基礎疾患のある方とは、下記のいずれかにあてはまる方です。



## 1 以下の病気や状態の方で、通院/入院している方(令和3年6月3日現在)

1. 慢性の呼吸器の病気	気管支喘息や慢性閉塞性肺疾患、気道分泌物の誤嚥のリスク（脳性麻痺、認知機能障害、精神運動発達障害等）を含む。
2. 慢性の心臓病	高血圧を含む。
3. 慢性の腎臓病	透析中、腎移植後を含む。
4. 慢性の肝臓病	肝硬変等を含む。
5. インスリンや飲み薬で治療中の糖尿病又は他の病気を併発している糖尿病	
6. 血液の病気	鉄欠乏性貧血を除く。
7. 免疫の機能が低下する病気	治療や緩和ケアを受けている悪性腫瘍を含む。
8. ステロイドなど、免疫の機能を低下させる治療を受けている	
9. 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患	
10. 神経疾患や神経筋疾患が原因で身体の機能が衰えた状態	呼吸障害等を含む。
11. 染色体異常	
12. 重症心身障害	重度の肢体不自由と重度の知的障害とが重複した状態。
13. 睡眠時無呼吸症候群	
14. 重い精神疾患	(精神疾患の治療のため入院している、精神障害者保健福祉手帳を所持している、又は自立支援医療（精神通院医療）で「重度かつ継続」に該当する場合) や知的障害（療育手帳を所持している場合）。

## 2 基準(BMI 30以上)を満たす肥満の方

BMI 30以上	BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m) ※ BMI 30 の目安：身長 170 cm で 体重 87 kg 、身長 160 cm で 体重 77 kg
----------	--

### 通院中の方へのお願い



病気で通院中の方は、必ず事前に主治医にワクチン接種をしてよい相談してください。

#### ○ワクチンに関する相談

津山市ワクチンコールセンター

☎ 050-3644-9521 9時～19時（土日、祝日含む）

#### ○副反応に関する相談

岡山県新型コロナワクチン専門相談センター

☎ 0120-701-327 9時～21時（土日、祝日含む）

