

予診票記入例

赤枠内全てを必ず事前に
ボールペンでご記入ください。

新型コロナワクチン接種の予診票（追加接種用）

※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 津山 市	都道府県	岡山県	市区町村	津山市
フリガナ	ツヤマ ハナコ	氏名	津山 花子	電話番号	() - () - ()
生年月日(西暦)	1971年04月02日生	満()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

券種	2 (予診のみ)	3 回目
請求先	岡山県津山市	332038
券番号	1234567890	QRコード
氏名	津山 花子	市町村名

231234561234567890

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受けたことがありますか。 接種日(1回目:) 接種を受けたワクチン()	<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、接種券又は右上の請求先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	接種券の市町村名を確認後☑
『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	同封の説明書を読み「はい」に☑
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: () 治療内容: ()	<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	
薬や食	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
これま	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
種類	<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	この枠は記入しないでください。 接種当日に医療機関または接種会場で記入します。
医療機関記入欄	

※該当する項目について、マークの形からはみ出さないように濃く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。

年 月 日 被接種者又は保護者自署

(※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。
医師記入欄			
この枠は記入しないでください。 接種当日に医療機関または接種会場で記入します。			