新型コロナワクチン接種の予診票

住所	都道府県　市区町村	電話番号	(　　)
			―
フリガナ		生年月日	年　月　日（満　歳）
氏名		性別	□ 男 ・ □ 女
		診察前の体温	度　分

質問事項	回答欄	
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　回数　　回、最終接種日　　月　　日)	□ はい	□ いいえ
新型コロナワクチンについての説明を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。	□ はい	□ いいえ
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：□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(　　)	□ はい	□ 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(　　)	□ 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 薬・食品など原因になったもの(　　)	□ はい	□ 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(　　)	□ はい	□ 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。	□ 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(□ 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。	医師署名又は記名押印

新型コロナワクチン接種希望者

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。

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、代筆者指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)

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
		ml	接種年月日 20　年　月　日