

《記入例》

注意事項を読んで、正確に記載してください。

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区を入れてください。

住民票に記載されている住所	高知 高知 曙町二丁目5番1号	郵便番号	〒780-0801
氏名	高知 太郎	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日(西暦)	1900年01月01日生	診察時の体温	37.5℃
接種回数(回) 前回の接種日(年月日)	0回	前回の接種日	年月日
前回の接種を受けた銀型コロナワクチンの種類			
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		
「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		
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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
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"/> 毛細血管出血症候群 <input type="checkbox"/> その他()			
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 type="checkbox"/> いいえ		
今日、体に具合が悪くなる場所がありますか。 症状()	<input type="checkbox"/> はい <input 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 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 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 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 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 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 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。	医師署名又は記名押印	
医師種別記入欄	<input checked="" type="radio"/> 時間外(受付時間) () <input type="radio"/> 休日 <input type="radio"/> 小児(夜間診療) <input type="radio"/> 手術① <input type="radio"/> 手術②		
新型コロナワクチン接種希望書	医師の説明・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 checked="" type="checkbox"/> 接種を希望します - <input type="checkbox"/> 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協会連合会に提出されることに同意します。 2022年 11月 00日 接種券又は保護者直筆 高知 太郎		
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	接種年月日
シール貼付位置	ml	医師名	接種年月日

印字された住所・氏名・フリガナ・生年月日・性別等に誤りがないか確認し、**接種会場に来るまでに赤枠内の記載をお願いします。**
市町村によっては、ご自身で記入いただくタイプになっている予診票もあります。

印字された住所が、住民票がある住所かどうか確認してください(現住所と異なる場合がありますので、事前に確認が必要です)。
接種券(クーポン)をお持ちの方は、**当日接種会場で担当者が貼付します**ので、そのままご持参ください。

検温は、できるだけ会場に来る前に行っていただくとスムーズです。体温計がない場合は、会場で測ります。
37.5℃以上の方は、接種できません。

最終の接種から5ヶ月以上経過した3回目又は4回目の接種を希望する方が対象です。初回接種(1回目・2回目)の方は接種不可。

「いいえ」の方は接種できません。接種日時点で住民票のある市町村が記載されている必要があります。

「いいえ」の方は接種できません。説明書を読んでいただき、予防接種の効果や副反応などを理解することが必要です。

接種の可否を判断するために必要な質問項目です。正しく記載しましょう。
薬について分からない場合は、お薬手帳などを持参していただいてもかまいません。

予防接種は体調の良い時に接種していただくことが基本です。「はい」の場合は、医師とよく相談しましょう。
発熱、咳、のどの痛み、鼻水、鼻づまりなどの風邪症状、頭痛、倦怠感、下痢、嘔吐などの症状がある場合は、受付でお申し出ください。
場合によっては、**接種できないこともありますので、ご了承ください。**

接種の可否を判断するために必要な質問項目です。正しく記入しましょう。アレルギー反応等の既往歴がある人は、通常 15 分間の経過観察のところ、接種後 30 分間の経過観察を行うこともあります。

過去に予防接種で具合が悪くなった方、注射や採血で気を失ったり、めまいが起きたことのある方も申し出るようにしましょう。

「はい」の方は接種できません。新型コロナワクチンと他のワクチンの接種は、前後2週間以上の間隔をおく必要があります。**ただし、インフルエンザワクチンについては、「はい」の場合でも接種可能です。**質問事項の「種類」に「インフルエンザ」と記載し、「**受けた日**」を記入してください。

ワクチン接種を希望の方は「接種を希望します」にチェックし、ワクチン接種の日にと、ご自身の名前を記入してください。