

# 予診票（3回目接種用）記入例

必ずすべての項目を、**黒色ボールペン**で事前に記入してください！  
 記入漏れは待ち時間が長くなります。体温も直前に測定し記入してください。  
 予診票（接種券一体型）を忘れた場合は、接種できません。

※ えんぴつ・消せるボールペンで記入している場合は、書き直していただきます その場合、待ち時間が長くなります。  
 外国人研修生等につきましては、社内ご担当者にて、事前に記入内容に不備がないか、ご確認をお願いします。

## 新型コロナワクチン接種の予診票（追加接種用）

本枠内にボールペンでご記入またはチェック☑を入れてください。 00001

岸和田市●●町▲丁目▲番▲号  
 ■■■■■■マンション101号室

テッコウ タロウ  
 鉄工 太郎

電話番号

19××年04月02日生(満 歳)  男  女

診察前の体温 36度5分

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。 日(1回目: 2021年8月25日 2回目 2021年9月22日) を受けたワクチン(1回目 モデルナ 2回目 モデルナ)	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
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。 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"/> 毛細血管漏出症候群 <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 (  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 **ここには何も記入しないでください**

医療機関記入欄 〇 時間外(受付時間 : ) 〇 休日 〇 小児(6歳未満) 〇 予備① 〇 予備②  
※該当する項目について、マークの部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。

2022年 4月 22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、成年被接種者の場合は本人又は成年被接種者自署)

ワクチン名・ロット番号 \_\_\_\_\_

接種量 \_\_\_\_\_ ml

実施場所・医師名・接種年月日 **ここには何も記入しないでください**

実施場所 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

医療機関等コード \_\_\_\_\_

接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日  
 2022年 月 日

注射部位 右・左

記載されている住所が異なる場合、接種できません。住所地の市町村に至急、問合せをしてください

2回目接種後に転居している場合は、現在の住所地の市町村に、問合せをし、発行を依頼してください

印字されている名前・住所・生年月日が正しいか確認してください

電話番号・満年齢を必ず記入してください

当日の体温が37.5度以上の場合は、接種できません

予診票に同封されている「新型コロナワクチン説明書」をよく読み、各項目の該当する箇所に✓してください  
 当てはまるものがある場合、病名や症状を記入してください

接種日当日または前日までの日付を西暦で記載し、ご本人が署名してください