



# 予診票の記入の仕方

- 予診票は、事前に記入して、予防接種を受ける時に会場へもって行ってください。
- 予診票の太い枠の部分に、黒のボールペンで記入またはチェック☑を入れてください。
- 記入の際は、次の点に注意してください。

生年月日は西暦で記入します。  
例：昭和50年→1975年

住民票の住所を正確に  
記入してください。

体温は接種会場で測りますが、接種当日は、ご家庭で体温を測ってきてください。37.5℃以上ある場合は、接種することができません。

## 新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

住居票に記載されている住所	愛知 都道府県 江南 市町村
フリガナ	シヨウコウ タロウ ( 0587 )
氏名	商工 太郎 電話番号 55 - 6245
生年月日 (西暦)	1975年04月01日生 (満046歳) <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 診察前の体温 <input type="text"/> 度 <input type="text"/> 分

※左図に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください  
(クーポン貼付)  
この欄は、医療機関等が使用する欄です。なにも貼り付けなくても構いません。

お手元の「新型コロナウイルスワクチン予防接種についての説明書」でご確認ください。

質問事項の回答の記入忘れやチェック☑の間違いのないように注意しましょう。

質問事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナウイルス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)	<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、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	
「新型コロナウイルスワクチンの説明書」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	
接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。 <input type="checkbox"/> 医療従事者等 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60~64歳 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等の従事者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する(病名: )	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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"/> 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( )	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input 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	
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	

どちらかにチェック☑が必要です。問診を受けた後に記入することもできます。

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
-------	--	-----------

新型コロナウイルス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。( <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団体連合会に提出されることに同意します。
2021年 7月 22日 被接種者自署 商工 太郎 (※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) (※被接種者が成年被後見人の場合は、又は成年後見人自署)

予防接種を受ける日にちを記入します。

予防接種を受ける人が自署できない場合は、代筆者が署名し、代筆者氏名と続柄を記入します。  
記入例：  
商工 太郎  
代筆 商工 花子(妻)

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
		実施場所	医療機関等コード
		医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
			2021年 月 日

質問事項の「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。」が「はい」となった場合。

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"/> その他( )	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input 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( )		
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。(例) 商工クリニック	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	(医師サイン) 商工 次郎

余白の部分に、病気を診てもらっている医師のサインをもらってください。