

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票 記入例（12歳～15歳）

下記例の赤枠内を参考にご記入ください。記入例中のア イ ウ エにご注意ください。

- ア** 電話番号は予診や接種の際に必ず保護者の方に連絡がとれる緊急連絡先を記入してください。
- イ** クーポン券は会場で貼付けます。剥がさずにお持ちください。
- ウ** 接種を受ける本人の氏名・住所・生年月日・性別を記入してください。
- エ** 12歳～15歳の接種には保護者の方の同意が必要です。接種させる場合には、予診票の署名欄に保護者の氏名を署名してください。予診票に保護者の署名がない場合は接種をうけられません。接種を希望されない場合には自署欄には何も記載しないでください。
12歳～15歳の接種には接種時の保護者の同伴が必要です。

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。			
住民票に記載されている住所	新潟 都道府県(印) 新潟 市町村(印) 住民票に記載の住所を記入してください。		
フリガナ	ニイガタ タロウ		
氏名	新潟 太郎	電話番号	(025) ※携帯電話可 *** - ****
生年月日(西暦)	2009年04月02日	日生(満)	12歳) <input checked="" type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女 診察前の体温 <input type="text"/> 度 <input type="text"/> 分
問事項	回答欄	医師記入欄	
新型コロナワクチンの接種を初めて受けます(接種を受けたことがある場合 1回目: 日 2回目: 月 日)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
現時点で住民票のある市町村と、クーポン券の記載内容が一致しているかどうか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
「新型コロナワクチンの説明書」を読んだこと、接種順位の上位となる対象グループに該当するかどうか <input type="checkbox"/> 医療従事者等 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する(病名:)	<input 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"/> その他(高血圧 リウマチ など)	<input 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()			
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(胃腸炎 肺炎 など)	<input type="checkbox"/> はい <input 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(発熱 倦怠感 など)	<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(ラテックス 造影剤 たまご など)	<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(インフルエンザ 予防接種 など) 症状(めまい 失神 など)	<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(風疹 など) 受けた日(2021.**)	<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。 <input type="checkbox"/> 被接種者は6歳未満である(該当する場合は塗りつぶしてください)		
新型コロナワクチン接種希望書 <p>※ 接種を希望する方は✓をしてください。</p> <p>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)</p> <p>この予診票は、接種の安全性の確保を目的としています。</p> <p>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。</p> <p>※ 接種日の日付 被接種者又は保護者自署 新潟 花子</p> <p>(※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)</p>			
医師記入欄 ワクチン名・ロット番号 接種量 実施場所 シール貼付位置 実施場所 ※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください (注)有効期限が切れていないか確認 医師名 接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日 202 年 月 日			
保護者の方の署名がないと接種を受けられません。			

ア

イ

ウ

エ

新型コロナワクチンを接種した方へ

ワクチン接種当日の注意事項

- 激しい運動は控えてください。
- 接種当日の入浴に問題はありませんが、注射した部分は強くこすらないようにしましょう。

ワクチン接種後、副反応が出る場合があります

- ワクチン接種後は、下記のような副反応が出る場合がありますが、通常症状は数日で消失します。

症状	発現割合
腕の痛み・体のだるさ・頭痛	50%以上
寒気・関節痛・発熱・下痢	10-50%
吐き気・嘔吐	1-10%

コミナティ®添付文書より改編

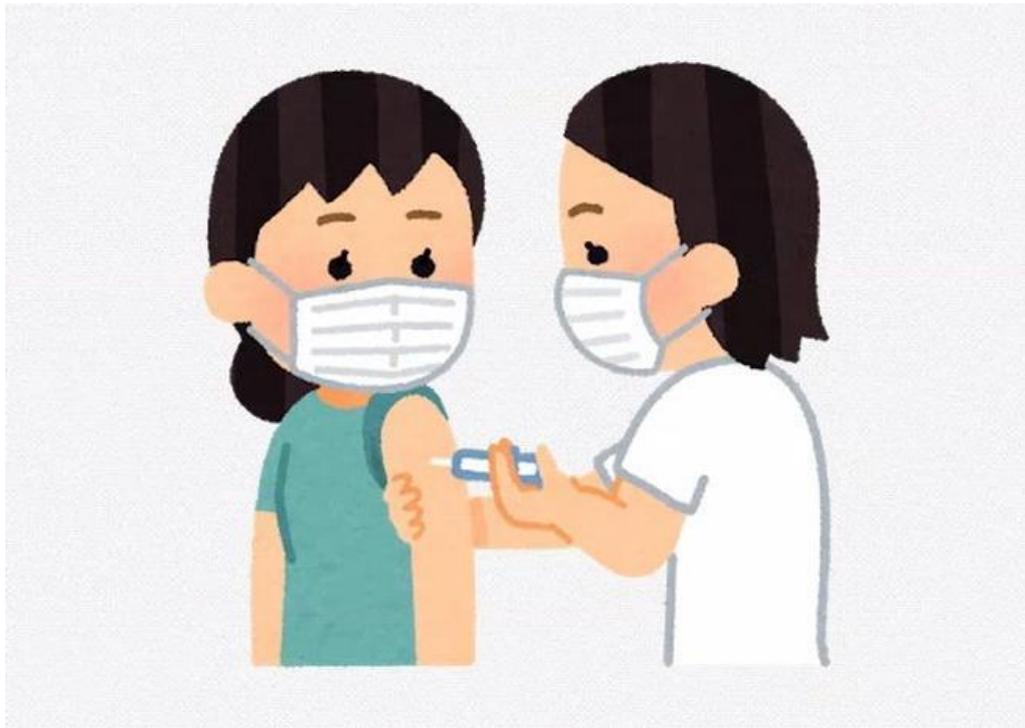
- 発熱や痛みなどに対して、必要な場合は市販の解熱鎮痛薬を服用するなどして様子を見ていただくことになります。
- 2~3日経過しても症状が続く場合や症状が重い場合は病院に連絡してください。

※これらの症状は一時的なものであり、
症状は数日で消失することがほとんどです



信楽園病院

ワクチン接種当日の服装について



肩にワクチンを接種しますので、できるだけ肩を出しやすい服装でおいでください。

【実際の接種箇所】

