

【16歳以上の方】新型コロナワクチン接種の予診票 記入例

下記例の赤枠内を参考にご自宅で記入をしてください。記入例中の**アイウ**にご注意ください。

ア クーポン券は会場で貼付けます。剥がさずにお持ち下さい。

イ 「検診前の体温」はご自宅で測定し、記入してきてください。

ウ 接種希望日の日付は接種を受ける日をご記入ください。

【16歳以上の方】予診票の書き方・記入例

赤枠内を記入してください。

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☑を入れてください。

1	住民票に記載されている住所 新潟 都 道 新潟 市 区 村 住民票に記載の住所を記入してください。	1	接種券は貼らないでください。 医療機関・会場で貼り付けます。 接種券は接種日に、はがすずに 台紙のままお持ちください。
フリガナ	ニイガタ タロウ	電話	(025) ※携帯電話可 *** - *** *
氏 名	新潟 太郎	生年月日 (西暦)	1 9 6 3 年 0 4 月 0 2 日生 (満 6 0 歳) ☒ 男 ☐ 女
診察前の体温		度	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。 接種回数(回) 前回の接種日(年 月 日) 前回接種を受けた新型コロナワクチンの種類()	☐ はい ☐ いいえ	2	
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。	☐ はい ☐ いいえ	3	
『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。	☐ はい ☐ いいえ	4	
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 ☐ 毛細血管漏出症候群 ☐ その他(高血圧 リウマチ など) 治療内容: ☐ 血をサラサラにする薬() ☐ その他()	☐ はい ☐ いいえ	5	
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)	☐ はい ☐ いいえ	6	
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)	☐ はい ☐ いいえ	7	
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	8	
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)	☐ 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(インフルエンザ 予防接種 など) 症状(めまい 失神 など)	☐ 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(風疹 など) 受けた日(2023.*.*)	☐ 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
-------	---	------------

医療機関 記入欄	0 時間外(受付時間 :) 0 休日 0 小児(6歳未満) 0 予備① 0 予備② ※該当する項目について、マークの形からはみ出さないように濃く塗りつぶしてください。
-------------	---

9	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、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。	10	※接種を希望する方は✓をしてください。 ※接種日の日付 2023 年 * 月 * 日 接種者又は保護者自署 新潟 太郎
---	---	----	---

医師記入欄	ワクチン名・ロット番号 シール貼付位置 ※枠に合わせてまっすぐに貼って付けてください (注)有効期限が切れていないか確認	接種量 ml	実施場所 実施場所 医師名	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てください。 医療機関等コード 接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日 2023 年 * 月 * 日
-------	---	-----------	---------------------	--

【15歳以下の方】 新型コロナワクチン接種の予診票 記入例

下記例の赤枠内を参考にご自宅で記入をしてください。記入例中のアイウにご注意ください。

ア クーポン券は会場で貼付けます。剥がさずにお持ち下さい。

イ 「検診前の体温」はご自宅で測定し、記入してきてください。

ウ 接種希望日の日付は接種を受ける日をご記入ください。

【15歳以下の方】 予診票の書き方・記入例

赤枠内を記入してください。

新型コロナワクチン接種の予診票

※赤枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

1	住民票に記載されている住所 新潟 都 道 新潟 市 区 村 住民票に記載の住所を記入してください。	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。
フリガナ	ニイガタ クロウ	
氏 名	新潟 太郎	電話 番号 (025) ※携帯電話可 * * * - * * * *
生年月日 (西暦)	2 0 2 2 年 0 4 月 0 2 日生 (満 1 歳) ☒ 男 ☐ 女	診察前の体温 度 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。	☐ はい ☐ いいえ	2
接種回数 (回) 前回の接種 (年 月 日)	☐ はい ☐ いいえ	3
前回接種を受けた新型コロナワクチンの種類	☐ はい ☐ いいえ	4
現時点で住民票のある市町村と、接種を受ける本人の氏名・住所・生年月日・性別が同じですか。	☐ はい ☐ いいえ	5
『新型コロナワクチンの説明書』を読みましたか。	☐ はい ☐ いいえ	6
現在、何らかの病気にかかって、治療(投薬)を受けていますか。	☐ はい ☐ いいえ	7
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 ☐ 毛細血管漏出症候群 ☐ その他 ()	☐ はい ☐ いいえ	8
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 (ヘルパンギーナ 肺炎 など)	☐ 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 (発熱 倦怠感 など)	☐ 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 (ラテックス 造影剤 たまご など)	☐ 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 (インフルエンザ 予防接種 など) 症状 (めまい 失神 など)	☐ 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 (風疹 など) 受けた日 (2023.*)	☐ 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	医師署名又は記名押印	
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。	保護者の氏名を署名してください。	
医療機関 記入欄	0 時間外(受付時間 :) 0 休日 0 小児(6歳未満)	
9	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)	※ 接種を希望する方は✓をしてください。	
この予診票は、接種の安全性の確保を目的としています。	※ 接種日の日付 2023 年 * 月 * 日	
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。	※ 接種者又は保護者署名 新潟 花子	
ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所
シール貼付位置	ml	医師名
※枠に合わせてまっすぐに貼付けてください (注)有効期限が切れていないか確認		
接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日		
2 0 2 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。

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ことがありますが、通常症状は数日で消失します。

症状	発現割合
腕の痛み	80%以上
筋肉痛、関節痛、頭痛、疲労	40-59%
悪寒、リンパ節の腫れ・痛み	20-39%

スパイクバックス®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】

