

# 新型コロナウイルス感染症予防接種予診票

対象 (どちらかに○)	満65歳以上・障がい者	診察前の体温	度 分
住所	新潟市 区	電話 ( - )	
ふりがな			男 ・ 女
氏名			
生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日生	〔満 歳〕

医療機関→市医師会(市提出用)

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日の新型コロナウイルス感染症予防接種について、説明書を読みましたか。	いいえ	はい	
今日の予防接種の効果や副反応について理解しましたか。	いいえ	はい	
現在、何か病気にかかっていますか。 病名 ( )	はい	いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか。	いいえ	はい	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	いいえ	はい	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。 ( )	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
新型コロナウイルス感染症予防接種を受けたことがありますか。	いいえ	はい	
①その際に具合が悪くなったことはありますか。	はい	いいえ	
②新型コロナウイルス感染症以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
1カ月以内に何か予防接種を受けましたか。 予防接種名 ( )	はい	いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名 ( )	はい	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。	いいえ	はい	
最近1カ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名 ( )	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	問診及び診察の結果、今日の予防接種は ・可能 ・見合わせる(理由 ) 本人に対して予防接種の効果、副反応および予防接種健康被害救済制度について説明をした。 医師署名又は記名押印 _____		
ワクチンロット番号	摂取量	種別(該当箇所○)	
	<input type="text"/> ml	<input type="checkbox"/> 接種(自己負担あり) <input type="checkbox"/> 接種(自己負担なし)	<input type="checkbox"/> 予診のみ
※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		確認書類 ・被保護者証明書 ・生活保護受給証明書	
実施場所・医師名・接種年月日			
実施場所	信楽園病院	医師名	
		接種年月日	令和 年 月 日

## 新型コロナウイルス感染症予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)

私は、医師の診察・説明を受け、新型コロナウイルス感染症ワクチンの予防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。

この予診票は、予防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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 被接種者署名 \_\_\_\_\_ 代筆者氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名および被接種者との続柄も記載)