

# 予診票記入例

- 市町村から送られた予診票に事前に記入し、会場に持参してください。
- ボールペンで記載してください。
- 複写式の予診票の場合、はがさずに2枚ともお持ちください。

住民票に記載されている住所を記載してください。

追加接種用であるか確認

会場で貼ります。何も貼らないでください。

## 新型コロナウイルスワクチン接種の予診票 (追加接種用)

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

※左側に合わせて貼り付けてください。

1・2回目の接種記録書を確認し記載してください。

事前に検温し、記載してください。

すべての項目には「はい」「いいえ」いずれかにチェックしてください。

2週間以内に他の予防接種を受けた場合は、接種できません。

接種を希望しますに「レ」。署名もしてください。

住所 都 道 市 区 府 県 町 村				
フリガナ 氏 名	電話 番 号	( )	( )	( )
生年月日 (西暦)	年	月	日生 (満	歳) <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
診察前の体温			度	分
質問事項		回答欄		医師記入欄
新型コロナウイルスワクチンの接種を受けたことがありますか。 接種日(1回目: 年 月 日、2回目: 年 月 日) 接種を受けたワクチン( )		<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
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	
「接種の注意事項」の「接種前の準備」の「接種前の説明書」を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
接種前にかかっていた病気、治療(投薬など)を受けていますか。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> 腎臓病 <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"/> 細血管漏出症候群 <input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> 抗血小板薬(アスピリン)をサラサラにする薬( ) <input type="checkbox"/> その他( )		<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 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 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( )		<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( ) 症状( )		<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( ) 受けた日( )		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
会場使用欄				
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。				
年 月 日		被接種者又は保護者白署		
<small>(※白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)  <small>(※被接種者が16歳未満の場合は保護者白署、成年被接種者の場合は本人又は成年後見人白署)</small> </small>				
接種会場使用欄				

# 追加接種用の接種券確認方法

予診票とクーポン券の様式は市町村により異なります！

950-0914  
新潟市中央区葉山3丁目3番11号  
新潟 太郎 様

1234567890  
X +9123456

## 新型コロナワクチン 3回目接種券をお送りします。

- 接種券は接種時に必要です。
- 無効にならないよう大切に保管してください。
- シールは剥がさないでください。
- 無料でワクチン接種を受けられます。
- 2回目の接種日により接種時期が異なります。
- 詳細は、市ホームページや市報にのこがたなどをご覧ください。

## A：予診票とクーポン券が別の場合

接種券が3回目となっていることを確認する。シールは剥がさないこと。

1・2回目の接種日が入力されている。接種日の記載がない場合、3回目の接種は可能であるが、後で自治体に確認すること。

**接種のご案内**

新型コロナワクチンの3回目の接種を受けることができます。接種を受けるときは、この用紙と予診票を忘れずにお持ちください。

〈接種券〉		〈診察した接種できない場合〉	
種別	回数	種別	回数
1	2 (予診のみ)	1	3 (予診のみ)
2	3 (接種のみ)	2	3 (接種のみ)

あなたの接種券番号 (10桁) **1234567890**

右側の予防接種済証は、あなたが3回目の接種をした事実を証明する大事な書類です。大切に保管してください。

	1回目	2回目	3回目接種可能時期
接種年月日	2021年4月1日	2021年4月22日	2回目の接種日から概ね8か月以上後に3回目接種を受けることができます。
メーカー	ファイザー	ファイザー	

## B：予診票とクーポン券が一体型の場合

追加接種用の予診票であり、接種券が3回目となっていることを確認する。

**新型コロナワクチン接種の予診票 (追加接種用)**

※本枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

住所：〒12345678 新潟市中央区葉山3丁目3番11号

氏名：太郎 太郎

生年月日：2021年4月1日

性別：男

診察前の体温：36.5度

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いつ受けましたか。接種日(1回目: 年 月 日、2回目: 年 月 日) 接種を受けたワクチン( )	<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、クーポン券に記載されている市町村は同じですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
「新型コロナワクチンの説明書」を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。	<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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
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 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 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 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( )	<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せんか。種類( ) 症状( )	<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)がありますか。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( ) 受けた日( )	<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( 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: 時間外(受付時間: ) 休日  小児(6歳未満)  予備①  予備②

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。

年 月 日 被接種者又は保護者自署

ワクチン名・ロット番号: シール貼付位置

接種量: ml

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: 2022年 月 日