

# 新型コロナワクチン接種の予診票 (1回目)

住民票住所地の都道府県名 + 区市町村名と、  
区市町村コードを記入してください。

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	東京 (都) 新宿 (市) 西新宿2-8-1	券種	2	ワクチン接種	1	回目	
フリガナ	東京 花子	請求先	東京都新宿区				131041
氏名	東京 花子	券番号					
生年月日 (西暦)	2000年04月01日生 (満 歳)	氏名	東京 花子				
	<input type="checkbox"/> 男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	所属機関	東京都はり・きゅう・あん摩マッサージ指圧師会 (東京都)				
		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)	<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と一致していますか。	<input checked="" 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、効果や副作用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"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬 ( ) その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を勧められていますか。	<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 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	
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	

赤枠内はこの記入例のとおり  
に✓してください。

青枠内はご自身の健康状態  
にに応じて✓及び病名等の記  
入をお願いします。

✓をしてください。

## 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、接種の安全性を確保するために、接種の安全に関する事項を記載しています。  
このことを理解の上、本予診票を提出することにより、接種の安全性を確保するために必要な事項を記載することと同意します。  
被接種者又は保護者自署 (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)

記入してください。

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てください。
シール貼付位置		実施場所	医療機関等コード
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	ml	医師名	接種年月日 記入例) 4月1日-04月01日
			202 年 月 日

# 新型コロナワクチン接種の予診票 (2回目)

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	東京 <input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 新宿 <input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村	券種	2	ワクチン接種	2	回目
フリガナ	西新宿	請求先	東京都新宿区		131041	
氏名	東京 花子	券番号				
生年月日(西暦)	2000年04月01日生(満 <input type="text"/> 歳)	氏名	東京 花子			
	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	所属機関	東京都はり・きゅう・あん摩マッサージ指圧師会(東京都)			
		診察前の体温	<input type="text"/> 度	<input type="text"/> 分		

このページは2回目の接種時に使用しますので大切に保管してください。

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 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	
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 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 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 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	
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 )	医師署名又は記名押印
	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。	

## 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。

被接種者又は  
年 月 日 保護者自署

( 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)

医師記入欄	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てください。
	シール貼付位置	<input type="text"/> ml	実施場所	医療機関等コード
	枠に合わせてまっすぐに貼付してください (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