

新型コロナウイルス予防接種予診票（大宜味村）

		診察前の体温	
住 所			電話番号
氏 名		性 別	生年月日 明治 大正 昭和
			年 月 日生（満 歳）

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の予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか。	は	い い い え	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	は	い い い え	
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。	は	い い い え	
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。	は	い い い え	
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。 具体的な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、体の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の予防接種を受けたことがありますか。	は	い い い え	
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）をおこしたことがありますか。（ ）歳頃	は	い い い え	
1 ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類（ ）	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いわれましたか。	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（ ）	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、今日の予防接種は（ 可 能 ・ 見 合 わ せ る ）
	本人に対して、予防接種の効果、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

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	
ワクチン名	筋肉内注射	実施場所	
Lot No.		医師名	
(注) 有効期限がされていないか確認	ml	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（医師の診断の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。）

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。

（ 接種を希望します ・ 接種を希望しません ）

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 被接種者自署

（※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載）