

予診票記入のポイント（2回目用）

赤枠で囲まれた部分をあらかじめ記入してください

- ・ 住民票記載の住所を記入してください
親元を離れて暮らしている一方、住民票を移していない場合は実家の住所を記載することになります
- ・ 診察前の体温はご自宅等であらかじめ測定してください
受付での体温測定は、37.5℃以上の方に個別対応するためのものです
- ・ 「**新型コロナワクチンの接種を初めて受けますか**」 → 「**いいえ**」と回答し、**1回目接種日（藤女子大学 大学拠点接種では8月31日、9月4日、9月5日のいずれか）の日付を記入してください**
- ・ 「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」は、お手元に接種券（クーポン券）がある方のみご回答ください
- ・ 下部の「新型コロナワクチン接種希望書」の欄は、医師予診付近での密を避けるため、あらかじめ「接種を希望します」のチェックと「接種年月日」「氏名」の記入をしておいてください
医師予診・説明を受けて、「接種を希望しません」に変更することはもちろん可能です

新型コロナワクチン接種の予診票

※本票中に記入すべき事項は、すべて赤枠で囲まれています。

住民票に記載されている住所	都 道 府 県	市 区 町 村	貼り付けてください ※左側に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください (クーポン貼付)
フリガナ	氏 名		電話番号
生年月日 (西暦)	年	月	日
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 checked="" 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	
接種期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	
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(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

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。

接種者又は保護者白書
年 月 日

(※自費でない場合は氏名が署名し、代筆者氏名及び電話番号との捺印を記載。
(※接種者が16歳未満の場合は保護者白書、保護者氏名及び電話番号の捺印を記載。)

ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所	医療機関等コード
シール貼付位置	0 . 5 ml	藤女子大学	0109990377
※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		医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→0401日 2021年 月 日

←1回目の接種日を記入

←必ず藤女子大学用を使用