

しんがた ちゅうしゃ よしんひょう
新型コロナウイルスの 注射の 予診票

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

しんがた
「新型コロナウイルスの
ちゅうしゃ 注射」の 紙を 読んだあとに
か 書いてください。
か 書くところは **9**こ あります。

① すんでいるところ **千葉** 都府県 **鴨川** 市区町村
横渚 1450

② 名前 **SMITH John** ③ 電話 (090) 1234 - 5678

④ 生まれた日 **1990**年 **02**月 **11**日生 (満 **033**歳) 男 女 ⑤ 体温 **36**度 **5**分

質問事項	回答欄	医師記入欄
⑦ 新型コロナウイルスの注射を しましたか? はい→① いつ: 年 月 日、② いつ: 年 月 日 ワクチンの名前 ()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
住んでいるところと クーポンに 書いてあるところは おなじですか? ファイザー、モデルナなど	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
注射の ことが 書いてある紙を 読みました。わかりましたか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
病気に かかっています。薬などで 治していますか? 病気の ところ <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 血 <input type="checkbox"/> 血が とまりにくい病気 <input type="checkbox"/> 免疫不全 <input type="checkbox"/> 毛細血管漏出症候群 <input type="checkbox"/> それ以外 ()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
1か月以内に 熱が 出たり、病気に かかったり しましたか? (病気の 名前:)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日、具合が 悪いですか? (どうしましたか?:)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
けいれん (ひきつけ) が 出たことがありますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
薬や 食べものなどで、ひどい アレルギーなどが 出ましたか? (薬・食べもの の名前:)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
注射の あと、具合が 悪くなったことがありますか? (何の 注射: , どうなりましたか?)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
おなかに 赤ちゃんがいますか? 赤ちゃんに ミルクを あげていますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
2週間以内に 注射を しましたか? (何の 注射: , いつ: 月 日)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日の 注射で 聞きたいことが ありますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

医師記入欄 以上の問診及び診療の結果、今日の接種は () の 中は、ぜんぶ 日本語で 書きます。 医師の 署名 または記名押印 **左の 文を 読んで どちらかに ✓します。**

医療機関 記入欄 時間外(受付時間 :) 休日 小児(6歳) します。

⑧ 新型コロナウイルスワクチン接種希望書
医師の 話を 聞いて、注射の ことが わかりました。 注射します。 注射しません。

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。

2023年 10月 23日 被接種者又は保護者自署 **John Smith**

(※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被後見人自署)

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="checkbox"/> 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→04月01日 202 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日