

# 予診票の書き方・記入例

(2回目接種用)

赤枠内をボールペンで記入してください(消せるボールペンは使用しないこと)

受付記入欄  本人確認

所属(学生は学部)を記入

学籍番号: 学籍番号を記入

※学生のみ記入

## 新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

接種券は貼らないでください。

接種会場で貼り付けます。剥がさず、台紙のまま接種会場にお持ちください。

※接種券を持っていない方は1回目の接種の際に使用した接種記録書が必要です。

住民票に記載されている住所	都 道 市 区 村 住民票上の住所(接種券台紙に記載の住所)を記入 ※不明の場合は住民票又は保護者に確認するなどして、間違いのないように記入		
フリガナ	オオイト	イチロウ	
氏名	大分 一郎		電話番号 (090) ※携帯番号可 1234 - 5678
生年月日(西暦)	2001	年 05	月 03 日生(満 20 歳) <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
			診察前の体温 会場で検温後に記入

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。 ※1回目の接種日を記入してください。 (接種を受けたことがある場合 1回目: 8月 * * 日、2回目: 月 日)	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	←必ず「いいえ」にチェック
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。 ※必ず事前に読んでおくこと。 <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 治療内容: <input type="checkbox"/> その他(【例】高血圧 リウマチ など ) 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	←つ上の質問が「いいえ」の場合はチェック不要
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(【例】胃腸炎 肺炎 など )	<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(【例】発熱 倦怠感 など )	<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(【例】ラテックス 造影剤 たまご など )	<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(【例】インフルエンザ予防接種 など ) 症状(【例】めまい 失神 など )	<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(【例】風しん など ) 受けた日(2021. . )	<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。 <input type="checkbox"/> 被接種者は6歳未満である(該当する場合は塗りつぶしてください)	

### 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。

※接種日の日付を記入  
2021年 \* 月 \* 日 被接種者又は保護者自署

大分 一郎

(※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	0 . 5 ml	実施場所 (職域) 国立大学法人大分大学 職域接種会場(旦野原キャンパス) ピフォーレ(福利厚生施設)	医療機関等コード 4409990073
	※枠に合わせてまっすぐに貼ってください (注)有効期限が切れていないか確認		医師名 工藤 欣邦	接種年月日 ※記入例) 4月1日~04月01日 2021年 月 日