

新型コロナワクチン接種 予診票

高齢者定期予防接種用

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください



住所				
フリガナ		TEL	()	—
氏名				
生年月日 (西暦)	年	月	日(満 歳)	□男 □女 診察前の体温 度 分

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福岡市から配られている説明書を読みましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。病名()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
①その際に具合が悪くなったことはありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
その病気をみ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か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)	医師署名または記名押印
	本人対して、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ました	

新型コロナワクチン接種希望書 (医師の診察の結果、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、接種の効果や副反応について理解した上で、接種を希望しますか 希望します 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。

____年 ____月 ____日 被接種者署名 _____ 代筆者署名 _____ 続柄 _____

・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

ご記載いただいた個人情報は、新型コロナワクチン接種の予診に関してのみ、使用させていただきます。

医師 記入欄	ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
	ワクチン名: _____ Lot No.: _____ ※ワクチンの有効期間(カートンに記載)について 確認してください	_____ ml	実施場所: 医師名: 接種年月日: _____年 ____月 ____日