

# 予診票記載の注意事項・書き方

## 【記入例】

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。

※左欄に合わせ、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)

住民票に記載されている住所  
愛知県蒲郡市  
旭町17番1号

フリガナ  
がほごおの たみう  
氏名  
蒲郡 太郎

年齢  
(0533)  
56 - 2353

生年月日(西暦)  
1951年01月01日生(満070歳) 男 女 診察前の体温 36度2分

質問事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナウイルス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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
「新型コロナウイルスワクチンの説明書」を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。	<input checked="" 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。 <input type="checkbox"/> 医療従事者等 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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( ) 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ	

医師記入欄  
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

新型コロナウイルス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の上で、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。

2021年 5月 10日 接種者 蒲郡 太郎

※自筆できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び接種者との関係を記載し、(接種者が未成年者の場合は本人又は法定代理人署名)

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
シール貼付位置	ml	実施場所	医療機関等コード

接種年月日 ※記入例) 4月1日~4月31日  
2021年 5月 10日

## 【注意事項】

- 予診票はボールペンでお書きください。
- 予診票の回答欄のグレー部分にチェックが入っている場合、接種が受けられない可能性があります。

## 【記入方法】

- 接種日当日の年齢を記入してください。
- 検温後の体温を記入してください。
- 2回目の方は1回目の接種日を記入してください。
- 現在、病気にかかっている方は治療(服薬・投薬など)の内容について、記入してください。  
※現在、治療(服薬)中でない場合は、「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」の欄は、未記入としてください。
- 赤枠内に記入漏れがないか確認をしましょう。
- 接種を希望する方は「接種を希望します」にチェックをしてください。
- 接種する当日の日付(西暦)を記入してください。

## 治療(服薬)中の方

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:  心臓病  腎臓病  肝臓病  血液疾患  血が止まりにくい病気  免疫不全  
 その他( )

治療内容:  血をサラサラにする薬( )  その他( )

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。

はい  いいえ

はい  いいえ

予防接種を受けてよいか、あらかじめ必ずかかりつけ医に相談の上、を受けてよいと言われた場合は、「はい」にチェックをしてください。

## 【お問い合わせ先】

蒲郡市新型コロナウイルスワクチンコール(接種に関する相談・予約受付コールセンター)

開設時間: 9:00~17:00(土日祝も受付・年末年始を除く)

TEL: 0533-56-2353 FAX: 0533-67-9101