

# 【1・2回目接種用】 予診票の記載一部変更について

令和4年6月27日時点

### 新型コロナワクチン接種の予診票 (1・2回目用)

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

住民票に記載されている住所  
都道府県 (旧) 市区町村

フリガナ  
氏名

生年月日 (西暦) 年 月 日 生 (満 歳) 男 女 診察前の体温 度 分

※ワクチン接種後に医療機関において貼り付けてください。  
※左側に合わせ、まっすぐに貼り付けてください。  
(クーポン貼付)

新型コロナワクチンの接種を受けたことがありますか。  
接種日(1回目: 年 月 日、2回目: 年 月 日)  
接種を受けたワクチン( )

回答欄 医師記入欄

はい 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: 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  
毛細血管漏出症候群 その他( )

治療内容: 血をサラサラにする薬( ) その他( )

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( )

今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状( )

けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。  はい  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( )  はい  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( )  はい  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。  はい  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( )  はい  いいえ

今日の予防接種について質問がありますか。  はい  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

医療機関記入欄  時間外(受付時間: )  休日  小児(6歳未満)  子供①  子供②

※該当する項目について、マークの部分が読み取れない場合は、欄外に記入してください。

### 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、接種を希望しますが、(  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。

年 月 日 被接種者又は保護者自署

(※自署でない場合は代表者自署を、代表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、成年被接種者の場合は本人又は成年被接種者自署)

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
シール貼付位置		実施場所
※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください (※有効期限が切れていないが確認)	ml	医師名

接種年月日 ※記入例) 4月1日→4月01日  
202 年 月 日

### 新型コロナ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。

住民票に記載されている住所  
都道府県 (新) 市区町村

フリガナ  
氏名

生年月日 (西暦) 年 月 日 生 (満 歳) 男 女 診察前の体温 度 分

※ワクチン接種後に医療機関において貼り付けてください。  
※左側に合わせ、まっすぐに貼り付けてください。  
(クーポン貼付)

新型コロナワクチンの接種を受けたことがありますか。  
接種回数( 回) 前回の接種日( 年 月 日)  
前回接種を受けた新型コロナワクチンの種類( )

回答欄 医師記入欄

はい 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: 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  
毛細血管漏出症候群 その他( )

治療内容: 血をサラサラにする薬( ) その他( )

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( )

今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状( )

けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。  はい  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( )  はい  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( )  はい  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。  はい  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( )  はい  いいえ

今日の予防接種について質問がありますか。  はい  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

医療機関記入欄  時間外(受付時間: )  休日  小児(6歳未満)  子供①  子供②

※該当する項目について、マークの部分が読み取れない場合は、欄外に記入してください。

### 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、接種を希望しますが、(  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。

年 月 日 被接種者又は保護者自署

(※自署でない場合は代表者自署を、代表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、成年被接種者の場合は本人又は成年被接種者自署)

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
シール貼付位置		実施場所
※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください (※有効期限が切れていないが確認)	ml	医師名

接種年月日 ※記入例) 4月1日→4月01日  
202 年 月 日

変更箇所  
(3・4回目接種用の予診票と表記を統一)