

赤枠部分をボールペン等ですべて記入してから、接種会場へ向かってください。

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

※赤枠内にて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	市区町村
フリガナ		
氏名	電話番号	
生年月日(西暦)	年	月
性別	男	女
所属	学籍番号	職員番号
診察前の体温	度	分

当日接種会場で測定するので記入しないでください。

住民票の住所を記入してください。
※引越により、現住所と住民票の住所が違う場合がありますので注意してください。

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"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>
【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"/>	<input type="checkbox"/>
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 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"/>	<input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> 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()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
今日、体に具合が悪いところがありますか。症状()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>
今日の予防接種について質問がありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

初めてなら「はい」にチェックをしてください。
2回目の接種の場合、「いいえ」にチェックし、1回目の接種日を記入してください。

「はい」にチェックしてください。

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。

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。

2021年 月 日 被接種者又は保護者自署

(※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捺印を記載)
(※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保見人自署)

「接種を希望します」にチェックしてください。
(チェックしないと接種することができません。)
日付は接種する日を記入し、氏名は自署してください。

医師記入欄

シール貼付位置

※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください
(注)有効期限が切れていないか確認

実施場所 宇都宮大学 大学会館 多目的ホール

医師名

医療機関等コード

接種年月日 ※記入例) 2021年 04月 01日