

*接種希望の方へ：
太枠内にご記入ください。

任意接種用

令和6年度 新型コロナウイルス感染症 予防接種予診票

対象外：全額自費負担で接種する方用の予診票です

住所		受診日： 西暦 年 月 日		診察前の体温	度 分
フリガナ		男 女	生年月日	TEL()	-
受ける人の名前				年 月 日生	
				(満 歳 か月)	

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説明文書を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
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	いいえ	はい	
現在、何か病気にかかっていますか。(高血圧など、定期的に薬を処方されている疾患も含む) 病名()	はい	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()	はい	いいえ	
・その場合、治療(投薬など)を受けていますか。 【上記質問に“はい”と回答した場合】 ・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いわれましたか。	はい	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()	はい	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(診断名)()	はい	いいえ	
けいれんや(ひきつけ)を起こしたことがありますか。最後のけいれんは()歳頃	はい	いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹が出たり、体の具合が悪くなったことはありますか。 ()歳頃、薬品・食品名()、症状()	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種を受けた日と種類()月 日	はい	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 ①その際に具合が悪くなったことはありますか はい いいえ ②新型コロナウイルス感染症以外の予防接種を受けた際に具合が悪くなったことがありますか はい いいえ 予防接種の種類()	いいえ はい はい	はい いいえ いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。 質問()	はい	いいえ	

医師の記入欄：
以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせる)と判断します。
見合わせた場所の理由()
本人に対して、予防接種の効果、副反応および予防接種健康被害救済制度について説明した。
医師の署名または記入捺印

新型コロナウイルス感染症予防接種希望書 (医師の診断の結果、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、予防接種の効果や副反応を理解した上で、本予診票を提出します。
接種を受ける者(被接種者)の自筆署名 ※ _____
代筆者氏名及び被接種者と続柄 ※ _____ (続柄)
※(被接種者が自筆できない場合、代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載してください。)

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
ワクチン名： Lot No. : 有効期限 : 年 月 日	筋肉内注射 ml	医療機関名： 白井聖仁会病院 医師名： 接種日時： 年 月 日 時 分

切り取り線

【新型コロナウイルス感染症予防接種済証】
住所
接種日時 : 年 月 日 氏名
医療機関名 : 白井聖仁会病院 生年月日 年 月 日