

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	埼玉県 比企郡滑川市 区 町 村
フリガナ	ナメガワ タロウ
氏名	滑川 太郎
電話番号	(0493) 56-2211
生年月日(西暦)	1926年01月01日生(満95歳) <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

クーポンはワクチン接種時に看護師が貼りますのでご自身で貼らないでください

当てはまる項目に☑してください

質問事項	はい	いいえ
新型コロナ(接種を希望する)の日	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
現時点で接種を希望する	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
『新型コロナ(接種を希望する)』の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"/>	<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() 治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>
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 checked="" type="checkbox"/>
今日、体に具合が悪い()	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
今日、体調が元々悪い()	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
薬や食品などアレルギーがある()	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>

昭和32年4月1日以前に生まれた方は接種時点で64歳であっても「65歳以上」にチェックを入れてください

基礎疾患(持病)のある方は事前にかかりつけ医へご相談ください 当日接種会場での相談はできません

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)	医師署名又は記名押印
	本人に対して、接種の効果、副反応及びアレルギーの有無を確認し、同意をいただきます。 <input type="checkbox"/> 被接種者は6歳未満である(該当する場合は塗りつぶしてください)	

記入しないでください

接種を希望する場合には☑してください

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、同意をいたします。

接種当日の日付 令和3年 6月 9日

被接種者又は保護者自署 滑川 太郎

(※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)
 (※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被後見人の場合は本人又は成年後見人自署)

接種当日の日付

医師記入欄	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		実施場所	医療機関等コード
	※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	ml		接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
				2022年 月 日

記入しないでください