

## 新型コロナウイルス感染症予防接種予診票

住所	電話番号		
ふりがな  受ける人の氏名		診察前の体温	度 分
		保護者氏名 (12歳未満の場合)	
性別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日 (満 歳)

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書を読みましたか	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	
治療(投薬など)を受けていますか	はい	いいえ	
【上記質問に”はい”と回答した場合】 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	いいえ	はい	
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( )	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。 最後のけいれんはいつですか ( )歳ごろ	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	
薬や食べ物、特にニワトリの卵で発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか 薬品・食品名( ) 症状( ) ( )歳ごろ	はい	いいえ	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種を受けた日 : 月 日 種類 :	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 ②新型コロナウイルス感染症以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか 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	
医師記入欄 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は( 実施できる・見合わせる )と判断します <span style="float: right;">医師署名:</span>			
本人の意思確認 : 希望します 希望しません <span style="float: right;">最終確認者氏名 : (続柄: )</span>			

使用ワクチン名	接 種 量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名  Lot No.  有効期限	筋肉内接種  <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 5px;"></div> <span style="font-size: 24px; margin: 0 5px;">.</span> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 5px;"></div> <span style="font-size: 24px; margin: 0 5px;">.</span> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 5px;"></div> <span style="margin: 0 5px;">ml</span> </div>	実施場所 : 平和台病院  医師名 :  接種年月日 : 年 月 日