

新型コロナウイルス感染症予防接種予診票

対象年齢：65 歳以上の者

60 歳以上 65 歳未満で、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に障害を有する者

我孫子市

医療機関確認	<input type="checkbox"/> 自己負担徴収			<input type="checkbox"/> 自己負担免除（生保・中国残留邦人等）			<input type="checkbox"/> 予診のみ		
	受診日	西暦	年	月	日	診察前の体温	度 分		
住 所	電話番号								
ふりがな 受ける人の氏名	(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市町村から配られている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 【上記質問に“はい”と回答した場合】	はい	いいえ	
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（ ）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 () 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 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。 見合わせた場合の理由（ ） 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。 医師の自筆署名又は記名押印			

新型コロナウイルス感染症予防接種希望書（医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入して下さい。）
 医師の診察・説明を受け、予防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
 （ 希望します ・ 希望しません ） ※ カッコの中のどちらかを ○ で囲んでください。
 この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。本予診票が我孫子市に提出の上、保存されることに同意します。
 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の続柄※ _____（続柄）
 （※）被接種者が自署できない場合は、代筆者が被接種者氏名を記入し、さらに代筆者の氏名及び被接種者との続柄を記入する）

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	筋肉内接種	実施場所： 平和台病院
Lot No.		医師名：
有効期限 年 月 日	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> mL	接種年月日： 西暦 年 月 日

新型コロナウイルス感染症予防接種済証

予防接種を行った年月日

年 月 日

住所： _____

接種医療機関名

氏名： _____ 生年月日： _____ 年 月 日

平和台病院