

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください
※接種される方がお子さんの場合は、保護者が記入してください

住所				
フリガナ				
氏名	TEL	()	-	
生年月日 (西暦)	年 月 日生(満 歳)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	診察前の体温	度 分

質問事項	回答欄		医師記入欄
新型コロナウイルスワクチンの接種を受けたことがありますか 接種回数(回) 前回の接種日(年 月 日) 前回接種を受けた新型コロナウイルスワクチンの種類()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
「新型コロナウイルスワクチン(コミナティ)を接種される方へ」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"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
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"/> 毛細血管漏出症候群 <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"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
最近1ヵ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"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか 症状()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
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"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
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 予防接種の種類() 症状()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
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"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか 種類() 受けた日()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
今日の新型コロナウイルスワクチン接種について質問がありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	

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・☐見合わせた方が良い)と判断しました 本人または保護者に対して、接種の効果、副反応及び医薬品副作用被害救済制度について 説明しました	医師署名または記名押印

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について理解した上で、接種を希望しますか <input type="checkbox"/> 希望します <input type="checkbox"/> 希望しません		
年 月 日 被接種者または保護者自署 _____		
・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または成年後見人自署		

ご記載いただいた個人情報は、新型コロナウイルスワクチン接種の予診に関してのみ、使用させていただきます。

	ワクチン名など	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
医師 記入欄	ワクチン名: Lot No.: カルテNo.: ※ワクチンの有効期間(カートンに記載)について 確認してください	_____ mL	実施場所: 医師名: 接種年月日: 年 月 日