

コロナワクチン接種請求時の注意事項

- ・ 黒色以外での記入はご遠慮ください。
- ・ 医師記入欄以外の事務的補完はご遠慮ください。
(付箋等は貼付しないでください。)
- ・ 枠からはみ出さず、明確に記入してください。
- ・ 医療従事者分は被接種者区分が『1 クーポン券なし』になります。
- ・ 綴り際は輪ゴムでも可。(予診票に穴を開けないでください。)

良い例

接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日

○ 2 0 2 1 年 0 4 月 1 5 日

悪い例

接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日

× 2 0 2 1 年 4 月 1 5 日 桁不足

× 2 0 2 1 年 04 01 月 日 枠はみだし

× 2 0 2 1 年 0 4 月 0 1 日 枠はみだし

× 2 0 2 1 年 1 0 月 7 0 日 上下が逆

× 2 0 2 3 年 04.01 月 日 項目定義無視

× 2 0 2 1 年 0 4 月 0 1 日 文字が不明瞭

× 2 0 2 1 年 0 4 月 0 1 日 文字が不明瞭

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	都 道 市 区 町 村
フリガナ	
氏 名	電話番号
生年月日 (西暦)	年 月 日生(満 歳) 男・女 診察前の体温 度 分

※左図に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください

(クーポン貼付)

質問事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナワクチンの接種を初めて受けますか。 (接種を受けたことがある場合 1回目: 月 日、2回目: 月 日)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現時点で住民票のある市町村と、クーポン券に記載されている市町村は同じですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
『新型コロナワクチンの説明書』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	
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 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 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"/> その他()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他()		
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"/> はい <input type="checkbox"/> 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()	<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。 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	
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"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日の予防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(<input type="checkbox"/> 可能 ・ <input type="checkbox"/> 見合わせる) 本人に対して、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、説明した。	医師署名又は記名押印
-------	---	------------

新型コロナ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などについて理解した上で、接種を希望しますか。(<input type="checkbox"/> 接種を希望します ・ <input type="checkbox"/> 接種を希望しません)	
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、本予診票が市町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。	
年 月 日 被接種者自署	(※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び無接種者との捺印を記載) (※被接種者が成年無能力者の場合は本人又は成年保佐人自署)

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・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。
シール貼付位置		実施場所	医療機関等コード
※枠に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください		医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
(注)有効期限が切れていないか確認			2 0 2 1 年 月 日