

記入見本

右上スペースに利用者番号(ID10桁)をご記入ください。

0012345678

大学生の場合:「00」+学生番号「12345678」

短大生の場合:「000」+学生番号(数字のみ使用)「(A)1234567」

教職員の場合:「0000」+個人コード「123456」

その他の場合:接種券番号を記入してください。

※太枠内にご記入ください

住民票に記載されている住所	兵庫県	西宮市	上ケ原一番町1番155
フリガナ	カンセイガクイン タロウ		
氏名	関西学院 太郎		
生年月日(西暦)	1990	年	01月01日
	日生(満)		21歳

必ず
住民票記載住所
を記入して下さい。

接種券(シール)は、貼らないで下さい。

全ての質問に
回答して下さい。

体温は
自宅で測り、記入
して下さい。

接種を希望の方は
「接種を希望します」に
チェックして下さい。

必ず「**接種日当日の日付**」
「**お名前(自署)**」
を書いて下さい。

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	
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	
「新型コロナワクチンの接種について理解しましたか。	<input type="checkbox"/> はい	
接種順位の上位となる方ですか。 <input type="checkbox"/> 医療従事者等 <input type="checkbox"/> 施設等の従事者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する方	<input type="checkbox"/> はい	
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"/> 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(テキストを入力)	<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、説明済み <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)	

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。 (接種を希望します ・ 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。

本日の日付 日 被接種者又は保護者自署 **関西学院 太郎**

(※自署できない場合は保護者が署名し、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)

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
	シール貼付位置		実施場所
	※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	医師名