

【15歳以下の方】 予診票の書き方・記入例

赤枠内を記入してください。

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	新潟 都 道 新潟 区 府 町 村	
フリガナ	ニイガタ タロウ	
氏名	新潟 太郎	電話番号 (025) ※携帯電話可 *** - ****
生年月日 (西暦)	2022年04月02日生 (満 1 歳)	診察前の体温 度 分

電話番号は予診や接種の際に必ず保護者の方に連絡がとれる緊急連絡先を記入してください。

接種を受ける本人の氏名・住所・生年月日・性別を記入してください。

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受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	2
接種回数() 前回の接種() 年 月 日) 前回接種を受けた新型コロナワクチンの種類()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	3
現時点で住民票のある市町村と、接種場所()は同じですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	4
「新型コロナワクチンの説明書」を読みましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	5
現在、何らかの病気にかかって、治療(投) 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	6
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(ヘルパンギーナ 肺炎 など)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	7
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状(発熱 倦怠感 など)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	8
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(ラテックス 造影剤 たまご など)	<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(インフルエンザ 予防接種 など) 症状(めまい 失神 など)	<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(風疹 など) 受けた日(2023.**)	<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	

保護者の氏名を署名してください。

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
医療機関記入欄	〇 時間外(受付時間 :) 〇 休日 〇 小児(6歳未満)	

新型コロナワクチン接種希望書

※ 接種を希望する方は✓をしてください。

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。

※ 接種日の日付 2023年 * 月 * 日 被接種者又は保護者自署 新潟 花子

(※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又は成年後見人自署)

保護者の方の署名がないと接種を受けられません。

ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所
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
		接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
		2022 年 月 日

予診票記入の注意事項

1	接種券は貼らないでください。接種日に医療機関・会場で接種券のシールを貼り付けます。接種券のシールをはがさずに台紙のまま、予診票と一緒に忘れずにお持ちください。
2	接種当日に医療機関・会場で検温し体温を記入しますので、記入は不要です

1	・住民票に記載されている住所を記入してください。 ・接種を受ける方の氏名、生年月日(西暦)、接種当日の年齢、性別、電話番号を記入してください。
2	・1回目の接種(未接種)の場合は、「いいえ」に✓をしてください。 ・2回目以降の接種の場合は、「はい」に✓をし、接種回数、前回の接種日と接種を受けたワクチンを記入してください。
3	・必ず接種日時点で住民票のある市町村から発行された接種券を使用して接種を受けてください。 ・接種日時点で住民票のある市町村と、手元にある接種券に記載されている市町村が違う場合は、接種を受けることができません。
4	・「新型コロナワクチンの説明書」は、接種券送付時の封筒に同封されているほか、新潟市のホームページからも確認することができます。 ・事前にワクチンの効果や副反応についてご理解いただいた上で、接種を受けてください。
5	・接種日の医師による接種可否の判断のため、健康状態や病歴などについて記入してください。 接種にあたり注意が必要になる点について、予診時に確認します。 ・薬を服用されている場合は、接種当日お薬手帳をお持ちください。
6	・妊娠中、授乳中の方も接種を受けられます。 ・接種のメリットとデメリットをよく検討して接種を判断してください。 ・男性の方は「いいえ」に✓をしてください。
7	・新型コロナワクチンと他のワクチンとの接種は、13日以上の間隔をおく必要があります。※ ※インフルエンザワクチンとの同時接種は可能 ・2週間以内に予防接種を受けている場合は、「はい」に✓をし、種類と受けた日付を記入してください。
8	・予防接種について質問がある場合は「はい」に✓をしてください。 ・接種日に、医師やスタッフにお尋ねください。
9	・接種には保護者の同意が必要です。 ・接種を希望する場合は「接種を希望します」に✓をし、氏名を記入してください。 ・接種する当日の日付を記入してください。
10	・「被接種者又は保護者自署」欄には、接種を受ける保護者の署名が必要です。 ・被接種者が15歳以下の場合は、保護者(親権者)の方が自署(保護者の氏名)してください。