

新型コロナウイルス感染症 予防接種予診票 記入例

自己負担金免除者の場合は、「負担金なし」を
「負担金なし」を
囲んでください

新型コロナウイルス感染症 予防接種予診票

直方市

住所	直方市7-1	電話番号	度 分
ふりがな	のおがた たろう	電話番号	
氏名	直方 太郎		
生年月日	大正・昭和 ○ 年 △ 月 ◇ 日生 (満 65 歳)		

体温が37.5℃以上は
接種不可

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	
今日の予防接種の希望はありますか。		はい	
現在、何か病気(病名(治療(投薬など)その病気の主治))	いいえ		
今日、体に具合(具合の悪い症状薬や食品で皮膚)	いいえ		
新型コロナウイルス感染症に感染したことがありますか。	いいえ		
①その際に具合(具合の悪い症状薬や食品で皮膚)	いいえ		
②新型コロナウイルス感染症に感染したことがありますか。	いいえ		
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。	はい	いいえ	
予防接種の種類 ()			
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()			
その病気が予防接種を受けるにあたって問題ないと言われましたか。			
最近1ヶ月以内に発熱(37.5℃以上)を繰り返したことがありますか。			
病名()			
今日の予防接種について意向がありますか。			

【！注意！】

- 体温
 - 接種日
 - 被接種者自署 の記入忘れが多発しています。
- ご提出前にもう一度ご確認ください。

医師署名は
直筆 又は ゴム印と朱印

必ず「可能」「見合わせる」の
どちらかを○で囲んでください

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 (可能・見合わせる) 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、説明した。 医師の署名又は記名押印 健康 一郎(自署) 又は 健康 一郎 印
-------	---

ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot NO. (注)有効期限がきれっていないか確認	筋肉内接種 0.5 ml	実施場所 健康病院 医師名 健康一郎 接種年月日 令和 ▲年 ●月 ◆日

ワクチンロット番号
シール添付
もしくは
手書きでの記入

直筆署名のみ有効
(全対象者記入)
※代筆者による記入の場合にも
被接種者の氏名を記入

令和 ▲年 ●月 ◆日

被接種者自署 直方 太郎

(※医療従事者の代筆は不可) 代筆者氏名 推進 花子 (続柄 施設職員)

(※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)

代筆者による記載の場合は、代筆者氏名と続柄を記入
(代筆者は、ご家族又は被接種者の日頃の状態を把握している人に限ります)

※接種する医療機関のスタッフによる代筆は無効