

事務連絡
令和3年5月28日

各〔都道府県〕
〔市町村〕 衛生主管部（局） 御中
〔特別区〕

厚生労働省健康局健康課予防接種室

新型コロナウイルスワクチンに係る予診票の様式変更について

新型コロナウイルス感染症のワクチン接種につきましては、多大なるご尽力をいただいているところであり、深く感謝いたします。

効率的かつ効果的な問診の実施に当たっての留意事項や参考情報については、令和3年5月25日付事務連絡「新型コロナウイルスワクチン接種における予診時の確認について」（別添）によりお示ししているところです。

今般、何らかの病気で診療を受けている被接種者が、かかりつけの医師に確認せずに接種を希望した場合においても、予診および接種を円滑に受けることができるよう、予診票の様式変更を行いました。

つきましては、以下の通りお示ししますので、接種に当たって参考にするとともに、管内の医療団体・医療機関への周知をお願いいたします。

記

- 「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」の設問があることにより、事前に医師への問い合わせが必須であるとの誤解を生じている例があること等を踏まえ、円滑な接種に資するよう、今般、当該設問を削除した予診票をお示しすることとしました。
- 「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。」の設問に「はい」と回答した接種希望者に対しては、予診医は接種要注意者としての注意事項に留意しながら、接種の可否を判断します。
- 既に印刷や配布が行われている場合等においては、従来の予診票も引き続き使用可能です。その場合、「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。」の設問が「いいえ」または空欄となっている接種希望者については、予診医が接種可能と判断した場合は接種可能です。

○ 予診医や予診票の確認等に従事する職員等に予診時の参考にしていただく「予診票の確認のポイント」を併せて改訂しましたので、ご参照ください。

※新しい予診票の様式、「新型コロナワクチン 予診票の確認のポイント Ver2.1」については、厚生労働省ホームページからダウンロードすることができます。
(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine_yoshinhyouetc.html)

新型コロナウイルス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。

※ワクチン接種後に医療機関において
貼り付けてください

※左隅に合わせ、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)

住民票に記載されている住所	都 道 市 区 村 府 県 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

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() 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()	<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)	医師署名又は記名押印
	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。 <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。

年 月 日 被接種者又は保護者自署

(※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	※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	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> ml	実施場所	医療機関等コード
	※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		医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
				202 年 月 日

新型コロナウイルス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。

※ワクチン接種後に医療機関において
貼り付けてください

※左隅に合わせ、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)

住民票に記載されている住所	都 道 市 区 村 府 県 町 村	
フリガナ	フリガナ	フリガナ
氏名	フリガナ	フリガナ
生年月日(西暦)	年 月 日 日生(満 歳)	男・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() 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()	<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)	医師署名又は記名押印
	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。	

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。

年 月 日 被接種者又は
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	※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	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> ml	実施場所	医療機関等コード
	※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		医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
				202 年 月 日

事務連絡
令和3年5月25日

各都道府県・市町村・特別区 衛生主管部（局） 御中

厚生労働省健康局健康課予防接種室

新型コロナウイルスワクチン接種における予診時の確認について

新型コロナウイルス感染症のワクチン接種につきましては、多大なるご尽力をいただいているところであり、深く感謝いたします。

効率的かつ効果的な問診の実施に当たっての留意事項や参考情報について、別添の事務連絡によりお示ししているところです。何らかの病気で診療を受けている被接種者の予診時の取り扱い及びその考え方について、更に明確化することで円滑な接種に資するよう、以下の通りお示ししますので、接種に当たって参考にするとともに、管内の医療団体・医療機関への周知をお願いいたします。

記

予診票の「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かと言われましたか」の設問に「いいえ」と回答した接種希望者のうち、かかりつけの医師に確認せずに接種を希望した場合についても、予診医が接種可能と判断した場合は接種可能です。

被接種者が、病状に応じ、自らかかりつけ医師への受診時に接種の相談をすることは望ましいと考えられるものの、市町村が、被接種者に対し、かかりつけの医師に接種の可否を必ず予め確認するよう一律に求めるものではありません。

予診票が正確に記入されているか、看護師や事務職員等が医師の予診に先立って確認し、留意すべき回答の有無を明確にしておくことで、円滑な予診に資すると考えられます。

接種希望者が基礎疾患を有していたり、服薬をしている場合であっても、接種の判断や接種後の処置に影響する状況は限られており、予診において、そうした状況に該当するかどうかを判断できれば足りるものであり、接種希望者の有する疾患や服薬内容を全て明らかにすることを要するものではありません。なお、こうした状況に該当するかどうかの判断の参考にさせていただくよう「予診票の確認のポイント」をお示ししているのでご参照ください。

(別添)

- 「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種における問診等の予診に関する留意事項について」(厚生労働省健康局健康課予防接種室・厚生労働省医政局医事課事務連絡令和3年3月31日)
- 「新型コロナワクチン予診票の確認のポイント Ver2.0について」(厚生労働省健康局健康課予防接種室事務連絡令和3年5月21日)