

# 新型コロナワクチン接種の予診票の記入方法

予診票の記入箇所は      太枠内です。

事前に記入できる箇所を記入し、接種会場にお持ちください

※堺市からお送りした接種券（クーポン券）の封筒に、予診票を2部（接種2回分）同封しています

接種券シールは貼らずに、当日、予診票と一緒に持ちください

## 新型コロナワクチン接種の予診票

(報告・請求用)

※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  
都 道 市 区  
府 県 町 村

生年月日は西暦で記入してください

氏名  電話番号

生年月日(西暦) 年 月 日生(満 歳) 男 女

接種当日の年齢を記入してください

シール貼付不要

※左側に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください

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。 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"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
基礎疾患を有する(病名: )		
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"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
服用している薬( ) <input type="checkbox"/> その他( )		
かかりつけの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	
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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
薬・食品など原因になったもの( )		
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	

以上の問診及び診察の結果、今日の接種は (  可能 ・  見合わせる )

医師記入欄 本人に対して、接種の効果、副反応及び予防接種後の注意事項が説明されました。

記入不要

### 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)  
(※被接種者が未成年者の場合は本人又は成年後見人自署)

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	<input type="checkbox"/>	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

記入不要

生年月日は西暦で記入してください

接種当日の年齢を記入してください

接種前の体温を記入してください

ワクチン接種1回目の方は「はい」にチェック☑  
2回目の方は「いいえ」にチェック☑のうえ、1回目の接種日を記入してください

持病のある方は、ワクチン接種について、かかりつけ医にあらかじめ相談してください

「いいえ」または空欄となっている場合でも、接種当日、医師が接種可能と判断した場合は接種することができます

ワクチンの説明書は、市ホームページに掲載しています  
<https://www.city.sakai.lg.jp/kenko/kenko/kansensho/kansensho/corona/wakuchin/yoshinhyou.html>

接種を希望するかしないかチェック☑し、接種を受ける本人が署名してください  
なお、接種する方が16歳未満の場合は、保護者が署名してください(接種者本人ではなく保護者の氏名を自署)

ワクチン接種を受ける日を記入してください

※予診票の様式が異なる場合があります