

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください
 ※接種される方がお子さんの場合は、保護者が記入してください

| | | | | | |
|--------------|---|---|---------|---|----------------------|
| 住所 | | | | | |
| フリガナ | | | TEL | () | - |
| 氏名 | | | | | |
| 生年月日 (西暦) | 年 | 月 | 日生(満 歳) | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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受けたことがありますか 接種回数(回) 前回の接種日(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 | |
| 「新型コロナワクチン(コミナティ)を接種される方へ」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 | |
| 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"/> 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 | |
| 最近1ヵ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 予防接種の種類() 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 | |
| 1ヵ月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 | |
| 今日の新型コロナワクチン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"/> 見合わせた方がよい)と判断しました 本人または保護者に対して、接種の効果、副反応及び医薬品副作用被害救済制度について 説明しました | 医師署名または記名押印 |
|-----------|--|-------------|

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について理解した上で、接種を希望しますか 希望します 希望しません

年 月 日 被接種者または保護者自署

・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または成年後見人自署

ご記載いただいた個人情報、新型コロナワクチン接種の予診に関してのみ、使用させていただきます。

| | | | |
|-----------|--|----------|--|
| 医師 記入欄 | ワクチン名など | 接種量 | 実施場所・医師名・接種年月日 |
| | ワクチン名: Lot No.: カルテNo.: ※ワクチンの有効期間(カートンに記載)について 確認してください | _____ mL | 実施場所: 医師名: 接種年月日: 年 月 日 |