

新型コロナウイルス感染症予防接種 予診票

任意接種用

*接種希望の方は、太枠内のみご記入ください。回答欄にはどちらかに○印をつけてください。

		診察前の体温		度	分
住 所			TEL () -		
フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日生 (歳 カ月)	
受ける人の氏名					
(保護者の氏名)					

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日の予防接種について、案内書を読みましたか。	はい	いいえ	
2. 今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	はい	いいえ	
3. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。	はい	いいえ	
病名 ()			
治療（投薬など）を受けていますか。	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい	いいえ	
4. 免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
5. 今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい	いいえ	
具合の悪い症状を書いてください。()			
6. 薬や食品で皮膚に発疹やじん麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
7. 新型コロナウイルス感染症の予防接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
新型コロナウイルス感染症予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。	はい	いいえ	
新型コロナウイルス感染症予防接種以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。	はい	いいえ	
8. 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	
9. 最近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 ()			
10. 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。	はい	いいえ	
病名 ()			
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい	いいえ	
11. 最近1カ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。	はい	いいえ	
病名 ()			
12. 今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

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（実施できる・見合わせた方がよい）と判断します。 本人又は、保護者に対して、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ました。 医師の署名又は記名押印

本人(保護者)記入欄
医師の診察説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で接種することを希望します。また、接種に伴い予診票に記載されている個人情報を収集することを了承します 署名 (代筆者の場合:続柄) なお被接種者が自署できない場合は代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載してください。

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
新型コロナウイルス感染症ワクチン ☒ メーカー名 モデルナ ☒ 商品名 エムネクスバイク筋注 Lot No. :	筋肉内接種 ☒ 0.2mL	実施場所 : 横浜未来ヘルスケアシステム よこすか浦賀病院 医師名 : 接種日時 : 年 月 日

記載頂きました個人情報はワクチン接種の予診に関してのみに使用いたします。