

赤枠で囲んだところを記入してください。

（生年月日は西暦です）

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

神奈川県 横浜市		区 市 町 村	
0000 0丁目0-0			
フリガナ	ヨコハマ ハナコ	電話番号	045 000-0000
氏名	横浜 花子	生年月日 (西暦)	1971年 5月 1日 出生 (満 50歳) ☐ 男 ☒ 女
接種前の体温	36度 3分		

何も貼らないでください
(クーポン貼付)

新型コロナウイルスの接種を初めて受けますか。 2回目ならば1回目の日付を (接種を受けたことがある場合) 1回目: 月 日, 2回目: 書いてください		☒ はい ☐ 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。		☒ はい ☐ いいえ
「新型コロナウイルスの説明書」を読んだ、効果や副反応などについて理解しましたか。		☒ はい ☐ いいえ
接種前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 ☐ 65歳以上 ☐ 80~84歳 ☐ 高齢者施設等の従事者 ☒ 基礎疾患を有する(病名: 高血圧、リウマチ)		☒ はい ☐ 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: ☒ 心臓病 ☐ 腎臓病 ☐ 肝臓病 ☐ 血液疾患 ☐ 血が止まりにくい病気 ☐ 免疫不全 ☒ その他 (リウマチ) 治療内容: ☐ 血をサラサラにする薬 ☒ その他 (メトトレキサート)		☒ はい ☐ 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()		☐ はい ☒ いいえ
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状()		☐ はい ☒ いいえ
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。		☐ はい ☒ 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()		☐ はい ☒ 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せんか。 種類() 症状()		☐ はい ☒ 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)がありますか。または、授乳中ですか。		☐ はい ☒ 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()		☐ はい ☒ いいえ
今日の予防接種について質問がありますか。		☐ はい ☒ いいえ

記入不要(医師が記入します)

新型コロナウイルス接種希望書 医師の診断・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。 ☒ 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。	
接種券番号	00000000
接種者氏名	横浜 花子

記入不要(医師が記入します)

接種券番号・ロット番号	接種量	接種場所	接種年月日	接種回数
接種に合わせた		医師名	接種年月日	接種回数
貼り付けてください		接種年月日	接種回数	接種回数
(注)有効期限が切れていないことを確認		接種年月日	接種回数	接種回数