

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。

Left: はい(Yes)
Right: いいえ(No)

- ⑧
- ⑨
- ⑩
- ⑪
- ⑫
- ⑬
- ⑭
- ⑮
- ⑯
- ⑰
- ⑱

住民票に記載されている住所	① 都道府県	市区町村
フリガナ	氏名	②
フリガナ	③ 電話番号	
生年月日(西暦)	④	⑤ 日生(満⑤歳)
	⑥	⑦ 診察時の体温⑦度
質問事項		回答欄
⑧ 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()		はい いいえ
⑨ 現時点で住民票のある市町村と、接種券又は右上の請求先に記載されている市町村は同じですか。		はい いいえ
⑩ 「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。		はい いいえ
⑪ 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()		はい いいえ
⑫ 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
⑬ 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
⑭ 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
⑮ 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
⑯ 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()		はい いいえ
⑰ 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。		はい いいえ
⑱ 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
医師記入欄	医師署名又は記名押印	
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		
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。		
医療機関記入欄	0 時間外(受付時間 :) 0 休日 0 小児(6歳未満) 0 予備① 0 予備②	
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。(<input type="checkbox"/> 接種を希望します ・ <input type="checkbox"/> 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
ワクチン名・ロット番号 接種量 実施場所(市町村) 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。		
医師記入欄	医療機関等コード	
シール貼付位置 実施場所		
※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が確認		
接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日		
2020年 月 日		

Provide the date of vaccination and your signature here.

Medical questionnaire for COVID-19 additional shot

City of Sapporo

- ① Postal address as registered in your resident registration (*Jumin-Hyo*)
- ② Full name (and *furigana* in the upper section)
- ③ Phone number
- ④ Date of birth (Year as per Western Calendar)
- ⑤ Age (as of the date of vaccination)
- ⑥ Gender 男(Male) 女(Female)
- ⑦ Body temperature measured on the day of vaccination
- ⑧ Have you received COVID-19 vaccination before?
Number of Vaccinations () Last vaccination date (YYYY 年 MM 月 DD 日)
The type of vaccine ()
- ⑨ Is the city written on your vaccination coupon the same as the city in which you have a resident registration?
- ⑩ Have you read the explanation of COVID-19 vaccination and understood its effect and side reaction?
- ⑪ Are you under medical treatment (including medication) now?
病名(Name of disease) : 心臓病 (Heart disease) 腎臓病(Kidney disease) 肝臓病(Liver disease) 血液疾患(Blood disorder) 血が止まりにくい病気(Have trouble stopping bleeding) 免疫不全(Immunodeficiency) 毛細血管漏出症候群(Capillary leak syndrome) その他 (Other) ()
治療内容(Treatment): 血をサラサラにする薬(Blood thinner)() その他 (Other)()
- ⑫ Have you had a fever or contracted a disease within one month?
Name of disease ()
- ⑬ Do you feel something is wrong with your condition today? Symptoms ()
- ⑭ Have you ever had convulsions before?
- ⑮ Have you ever had severe allergic reactions to medications or foods?
What was the cause? ()
- ⑯ Have you ever become sick after receiving a vaccination?
Type of vaccination () Symptoms ()
- ⑰ Is there a possibility that you are currently pregnant? Or are you breastfeeding?
- ⑱ Have you received any vaccinations within the last two weeks?
Type of vaccination () Date of vaccination ()
- ⑲ Do you have any questions about today's vaccination?
- ⑳ Do you want to get vaccinated upon receiving an explanation and understanding of the effects and side reactions? (接種を希望します(Yes) 接種を希望しません (No))