		ク☑を入れてくた 都 道			市区	6	ft. [+	LI(Yes)	)		
住民票に 記載されて	<u>(1)</u>				町村	Left: はい(Yes) Right: いいえ(No)					
いる住所	Rigi							いえ(N	0)		
705升 氏 名	<b>(2</b> )		電話	3							
生年月日	<b>4</b> )	ПяП				<b>女 松麻</b>	の休温(7	T /#	П		
(週間)				<u> </u>		A RESTREET	-				
新型コロ	ナワクチンの接種を受	質問けたことがあります	- Contract					各個	医師記入		
接種日	1(1回目: 年 受けたワクチン(		2回目:	年	A	日) )	□ ¤n	□wik			
現時点で 「新型コ	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。 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。						□ #₩	口いいえ			
「新型コ							□ # \(\begin{array}{c}  \text{ \ \text{ \text{ \text{ \text{ \text{ \text{ \text{ \text{ \text{ \	口いいえ			
病	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 □血が止却にくい病気 □免疫不全 □毛細血管漏出症候群 □その他( ) □その他( )							□ tr □ □rrst			
最近1ヶ。	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( )							□wwi			
今日、体	1、体に具合が悪いところがありますか。 症状(					)	□ uv	□uuž.			
けいれん	いれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・						□ # ħ	口いいえ			
薬·食							□ av	□wwik			
これまでは種類(	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( )						口はい	口いいえ			
現在妊娠	記ている可能性(生理	が予定より遅れる	ているなど)はあ	りますか。また	は、授乳中で	すか。	口はい	口いは			
2週間以	週間以内に予防接種を受けましたか。種類( ) 受けた日( )						□ # P	口いいえ			
今日の予	防接種について質問が	がありますか。		13.1732	20000000		口はい	口いいえ			
医師記入機	以上の間診及び診察のが 本人に対して、接種の効		_				医師	署名又は記名科	闸		
医療機関 起入機	()時間外(受付時間	: )	() (ME	04	児(6歳未満)		) 予備①	O +6			
医師の この子 このこ	新型コロナワクチン接種希望書  版誌の診察・説明を受け、接種の効果や耐反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。(   接種を希望しますか。(   接種を希望しての予診書は、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、本予診業が市町村、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。							接機を希望しま	(#A)		
93	クチン名・ロット番号	接種量	実施場所	ム自名・接種年	月日 申医(	- ドーに経営第二一ド・		内に収まるよう田)	入してくださ		
二 二							医療機関等コード				
記入李枠	に合わせて <u>まっすぐ</u> に						Ш		Ш		
	り付けてください	vaccination and your					機準月日 中紀入例 4月1日→04月01日				
	効期間が切れていないが確認					2012	左	月			

## Medical questionnaire for COVID-19 additional shot

City of Sapporo

1	Postal address as registered in your resident registration ( <i>Jumin-Hyo</i> )
2	Full name (and <i>furigana</i> in the upper section)
3	Phone number
4	Date of birth (Year as per Western Calendar)
<b>(5)</b>	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?
	Date of vaccination(1st: YYYY 年 MM 月 DD 日、2nd: YYYY 年 MM 月 DD 日)
	Name of vaccine you received (
9	Is the city written on your vaccination coupon same as the city in which you have a
	resident registration?
10	Have you read the explanation on COVID-19 vaccination and understood its effect and side reaction?
11)	Are you under a 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 ( )
	Do you feel something is wrong with your condition today? Symptoms (
	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 ( )
	Is there a possibility that you are currently pregnant? Or are you breastfeeding?
	Have you received any vaccinations within the last two weeks?
	Type of vaccination ( ) Date of vaccination ( )
	Do you have any questions about today's vaccination?
	Do you want to get vaccinated upon receiving explanation and understanding about
The	e effects and side reactions? (□接種を希望します(Yes) □接種を希望しません (No))