

新型コロナワクチン接種の予診票

札幌市提出用

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

①	都 道 市 区 町 村
フリガナ	氏 名
②	③
生年月日 (西暦)	④ 年 ⑤ 月 ⑥ 日 生 (満 ⑦ 歳) ⑧ 男 ⑨ 女 診察前の体温 ⑩ 度 ⑪ 分
質問事項	
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 ()	
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。	
「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。	
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 □毛細血管漏出症候群 □その他 ()	⑫ はい ⑬ いいえ
治療内容: □血をサラサラにする薬 () □その他 ()	
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 ()	⑫ はい ⑬ いいえ
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状 ()	⑫ はい ⑬ いいえ
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	⑫ はい ⑬ 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 ()	⑫ はい ⑬ 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。 種類 () 症状 ()	⑫ はい ⑬ 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。	⑫ はい ⑬ 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 ()	⑫ はい ⑬ いいえ
今日の予防接種について質問がありますか。	⑫ はい ⑬ 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 () □可能 □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	⑭ 時間外(受付時間) : () ⑮ 休日 ⑯ 小児(6歳未満) ⑰ 予約① ⑱ 予約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。() □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。	
年 月 日	被接種者又は保護者自署
(注)有効期限が切れていないか確認	
ワクチン名・ロット番号	接種量
実施場所・実施日・接種年月日	医療機関等コード・接種年月日
シール貼付位置	医療機関等コード
※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください	接種年月日 ※記入例 4月1日→4月01日
(注)有効期限が切れていないか確認	2022 年 月 日

백신을 접종하는 날짜를 기입하고, 서명해 주십시오.

신중 코로나 백신 접종 예진표 (추가 접종용)

사포로시 제출용

- ① 주민표의 주소
- ② 성함 (점선 위에 후리가나)
- ③ 전화번호
- ④ 생년월일 (서기)
- ⑤ 연령
- ⑥ 성별 □남 □여
- ⑦ 진료 전 체온
- ⑧ 신중 코로나 바이러스 백신을 접종한 적이 있습니까?
접종횟수 (차) 마지막으로 접종한 날짜 (년 월 일)
마지막으로 접종 받은 신중 코로나 백신의 종류 ()
- ⑨ 주민표가 있는 지자체(시정촌)과, 접종권 또는 오른쪽 상단의 청구처에 적혀 있는 지자체(시정촌)은 동일합니까?
- ⑩ 「신중 코로나 바이러스 백신 설명서」를 읽고, 그 효과나 부작용 등에 대해서 이해했습니까?
- ⑪ 현재, 어떤 병에 걸려 치료(투약 등)를 받고 있습니까?
병명: □심장병 □신장병 □간 질환 □혈액 질환 □피가 잘 멈추지 않는 병 □면역 부전 □모세혈관 누출증후군 □기타 ()
치료내용: □피가 멎치지 않게 해주는 약 () □기타 ()
- ⑫ 최근 1개월 이내에 열이 나거나, 병에 걸린 적이 있습니까? 병명 ()
- ⑬ 오늘, 몸이 불편한 곳이 있습니까? 증상 ()
- ⑭ 경련 (경기) 을 일으킨 적이 있습니까?
- ⑮ 약이나 식품 등으로 인해서 심각한 알레르기 증상 (아나팔락시스 등) 을 일으킨 적이 있습니까?
약・식품 등 알레르기의 원인이 된 것 ()
- ⑯ 지금까지 예방 접종을 받고 몸 상태가 나빠진 적이 있습니까?
백신 종류 () 증상 ()
- ⑰ 현재 임신 가능성 (생리가 예정보다 늦어지는 등) 이 있습니까? 또는, 수유 중이십니까?
- ⑱ 2주일 이내에 예방 접종을 받았습니까? 백신 종류 () 접종일 ()
- ⑲ 오늘의 예방 접종에 대해서 질문이 있으십니까?
- ⑳ 의사의 진료・설명을 듣고接种의 효과나 부작용 등에 대해서 충분히 이해한 후에 접종하기를 희망하십니까? (□희망합니다 □희망하지 않습니다)

응답란 : 왼쪽이 예, 오른쪽이 아니요