

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。

住民票に記載されている住所	① 都 道 市 区 町 村
フリガナ	
氏 名	②
生年月日 (西暦)	④ 年 月 日 生 (満 ⑤ 歳) ⑥ 男 女 診察前の体温 ⑦ 度 分

⑧
⑨
⑩
⑪
⑫
⑬
⑭
⑮
⑯
⑰
⑱

質問事項	回答欄	医師記入欄
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()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
『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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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: <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()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

医師記入欄	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 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。	医師署名又は記名押印
-------	---	------------

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 予約① 0 予約② ※該当する項目について、マークの欄からはいちばん近い欄に書きつけてください。
----------	--

⑳

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
(※自署できない場合は代筆者が署名。代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載し、被接種者が18歳未満の場合は保護者自署、成年被接種者の場合は本人又は成年被接種者自署)	
ワクチン名・ロット番号	接種量
実施場所 医師名・接種年月日	※医療機関コード・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。
シール貼付位置	医師署名欄
※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 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

请填写接种疫苗的日期后签名，必须由接种者本人或监护人签名

新冠疫苗接种的初步问诊表（追加接种用）

向札幌市提出用

- ① 住民票登録住址
- ② 姓名（请在点线部分填入假名注音）
- ③ 电话号码
- ④ 出生日期（西历纪年）
- ⑤ 年龄
- ⑥ 性别 ☐ 男 ☐ 女
- ⑦ 问诊前的体温
- ⑧ 您之前接种过新冠疫苗吗？
接种次数（ 次） 上次接种日期（ 年 月 日）
上次接种的新冠疫苗接种的种类（ ）
- ⑨ 您现在居住的市/町/村是否与接种券上的市/町/村一致？
- ⑩ 您是否已阅读《新冠疫苗接种说明书》，并理解了疫苗接种后的效果和不良反应？
- ⑪ 您目前是否患有某种疾病并接受治疗或服用药物？
所患疾病名称: ☐ 心脏病 ☐ 肾病 ☐ 肝病 ☐ 血液疾病 ☐ 止血困难症 ☐ 免疫缺陷症 ☐ 其它 ()
医学治疗: ☐ 血液稀释药物 (药名:) ☐ 其它 ()
- ⑫ 您上个月是否有过发热或感觉不适？所患疾病名称 ()
- ⑬ 您今天是否感到某些部位不适？不适症状 (())
- ⑭ 您是否有过痉挛（癫痫）症状？
- ⑮ 您是否对药物或食物产生过严重的过敏症状（例如过敏症）？
引起过敏症状的药物或食物的名称 ()
- ⑯ 您是否经历过疫苗接种后的不适症状？
疫苗类型 () 接种日期 ()
- ⑰ 您目前是否可能怀孕（比如您的生理期晚于预期）？或者您目前处于哺乳期？
- ⑱ 您是否在过去两周内接种过疫苗？疫苗类型 () 接种日期 ()
- ⑲ 您是否对今天要接种的疫苗存在疑问？
- ⑳ 在接受医学问诊并听取医生解释本疫苗接种后的效果及不良反应后，您是否愿意接种本疫苗？(☐ 我愿意接种 ☐ 我不愿意接种)

回答栏：左边为“是”，右边为“否”