

新型コロナワクチンの予診票の記載方法

基本的には、太枠内を記載していただきます。

新型コロナ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。																	
住民票に記載されている住所		都 道 市 区 村 府 県 町 村		※左隅に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください (クーポン貼付)													
フリガナ		氏 名		電話番号		()		-									
生年月日 (西暦)		年		月		日		日生(満 歳)		☐男・☐女		診察前の体温		度		分	
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初めて受けますか。 (接種を受けたことがある場合 1回目: 月 日、2回目: 月 日)										☐ 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					
接種順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 ☐60~64歳 ☐高齢者施設等の従事者 ☐基礎疾患を有する(病名:)										☐ 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() 治療内容: ☐血をサラサラにする薬() ☐その他()										☐ はい		☐ いいえ					
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。										☐ 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すか。 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)はありますか。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					
医師記入欄 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。										医師署名又は記名押印							
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 被接種者自署		※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載) (※被接種者が成年被後見人の場合は本人又は成年後見人自署)					
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。											
シール貼付位置		ml		実施場所		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 (注)有効期限が切れていないか確認				医師名		接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日											
						202 年 月 日											

■ 予診票は、接種会場に来る前に記載しておくことを、おすすめします。

- ・ 接種会場で最初から書き始めた場合、予約した時間に間に合わなくなってしまう恐れがあります。
- ・ 診察前の体温については、接種会場で測定して記入して下さい。
- ・ 接種当日の体調についての項目は、接種当日の朝または会場でチェックして下さい。

■ 届いたクーポンを貼り付けてください。

新型コロナ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。																						
住民票に記載されている住所	都 道 府 県				市 区 町 村																	
フリガナ					電話番号	() -																
氏 名																						
生年月日 (西暦)					年			月			日生 (満				歳)	☐ 男・ ☐ 女	診察前の体温			度		分

※左隅に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください

(クーポン貼付)

■ 住所氏名等を記載していきます。

- ・ 住民票に記載されている住所をそのまま記載してください。
- ・ 氏名を記載してください。
※フリガナはカタカナで記載してください。
- ・ 日中に連絡のつく電話番号を記載してください。
- ・ 生年月日を西暦で記載してください。
- ・ 現在の年齢、性別にチェックしてください。
- ・ 診察前の体温は接種会場で測定した体温を記載してください。

■ 質問事項を、順に
記載していきます。

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。

※左側に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください

(クーポン貼付)

氏名

生年月日(西暦)

性別

診察前の体温

医師記入欄

新型コロナウイルスの接種を初めて受けますか。
(接種を受けたことがある場合 1回目: 月 日、2回目: 月 日)

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。

「新型コロナウイルスの説明書」を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。

接種順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 □60~64歳 □高齢者施設等の従事者
□基礎疾患を有する(病名)

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

治療内容: □血をサラサラにする薬() □その他()

その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。

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()

今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状()

いれいん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。

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()

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()

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。

2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類() 受けた日()

今日の予防接種について質問がありますか。

医師記入欄

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。

医師署名又は記名押印

新型コロナウイルス接種希望書

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。() □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。

年 月 日 特設接種者自署

※自署でない場合は代表者が署名し、代表者署名及び接種希望との関係を記載し、(※接種希望者が代表者自署人の場合は本人又は代表者自署人自署)

医師記入欄

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

※記入欄) 4月1日~4月31日

2022年 月 日

☐ はい ☐ いいえ

- ・「はい」「いいえ」のチェック欄ですが、網掛け（灰色）になっている方にチェックが有る場合、予診の際に医師が詳しくお話を聞かせていただく場合があります。
- ※ この際に、確認のため少し時間がかかる可能性があります。

質問事項

新型コロナウイルスワクチンの接種を初めて受けますか。
(接種を受けたことがある場合 1回目: 月 日、2回目: 月 日)

- ・初めてなら「はい」にチェックしてください。
- ※ 今回が2回目の場合は、「いいえ」にチェックして、1回目の接種日付を記入してください。

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。

- ・ 同じであれば「はい」にチェックをしてください。
- ・ 異なる場合は「いいえ」にチェックして、以下の要素を確認してください。

●住民票のある市町村で接種することが原則ですが、やむを得ない事情がある場合は例外的に接種することが出来ます。その事情によっては市町村へ事前の申請が必要になります。

【事前の申請が必要でない方の例】

- ・（住民票のある市町村外の医療機関や施設などに）長期入院、長期入所している方
- ・ 基礎疾患を持つ方が、（住民票のある市町村外の医療機関の）主治医の下で接種する
- ・ 災害による被害にあった者
- ・ 勾留または留置されている受刑者等

【事前の申請が必要な方の例】

- ・ 出産のために里帰りしている妊産婦
- ・ 遠隔地へ下宿している学生
- ・ 単身赴任者

※その他事情がある場合は、市町村へ相談してください。

『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。

説明書を読みご理解頂いたら、「はい」にチェックをしてください。理解できない場合は前もって市町村の相談窓口などに相談してご理解いただくようお願いいたします。

※「いいえ」にチェックした場合、原則として接種出来ません。

※「新型コロナワクチンの説明書」が手元にない

場合は、以下のサイトから入手してください。

(厚労省 HP)

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine_yoshinhyouetc.html



接種順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 ☐60～64歳 ☐高齢者施設等の従事者
☐基礎疾患を有する(病名:

・対象に当てはまる場合は、「はい」にチェックして、該当する項目にチェックしてください。

・当てはまらない場合は「いいえ」にチェックしてください。

※「基礎疾患を有する」の基準ですが、自分が該当するのかわからない場合は主治医の先生に尋ねてみてください。

(証明書や診断書等は必要ありません)

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()

治療内容：☐血をサラサラにする薬()☐その他()

その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。

- ・特に通院や治療中の病気がなければ「いいえ」にチェックしてください」
- ・病院へ通院している場合、該当する病気があれば「はい」と該当する項目にチェックしてください。
- ・「はい」にチェックがある場合、可能な限り接種会場に来るまでに主治医の先生に相談して予防接種を受けてよいか相談してください。「受けて良い」と言われた場合、1つ下段の「その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか」の項目に「はい」とチェックをしてください。

※接種日までに主治医の先生へ相談出来ていなかった場合、病気の内容によっては接種会場で判断を行うためにかなりの時間を要する場合がありますのでご注意ください。

- ・血をサラサラにする薬を服用している方は、「はい」にチェックをして、そのお薬の名前をその後ろのカッコ内に記入してください。

※よくわからない場合は前もって主治医の先生やかかりつけの薬局の方に相談したり、薬手帳を持参してください。

今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状（

- ・ 接種当日、特に普段の体調と変わりがなければ「いいえ」にチェックしてください。
- ・ 具合が悪い場合は「はい」にチェックして「症状」を記入してください。

※ 症状によっては予診でのチェックに時間を要したり、当日接種が行えない（見合わせ）となる場合があります。

けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。

- ・ けいれんを起こしたことがある、または「てんかん」の診断がある方はチェックしてください。
- ・ 病院へ通院し投薬治療などで症状が十分に治まっている場合は通常接種可能ですが、可能な限り前もって主治医の先生に接種可能かどうか問い合わせておいてください。
- ・ 治療を行っていない方でも、症状が長期間（2～3ヶ月以上）出現していない場合などの状態であれば、前にけいれんを起こしたときの状況や接種当日の体調などを考慮し、接種可能かどうかを予診の際に判断します。

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（ ）

- ・ 起こしたことがある場合は「はい」にチェックしてください。
- ・ その上で、原因となったものを記入してください。例えば、「そば」などの食品、「蜂」などの動物を記入し、薬品の場合はわかれば薬品名を記入してください。詳細がわからない場合は「不明」などと記入してください。

※ 予診の際に、そのアレルギー症状が起きた際の様子をお聞きし、ワクチン接種後の経過観察（接種会場での待機）を行う時間を 30 分に延長する場合があります。

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（ ）

- ・ 予防接種の後に具合が悪くなって倒れたりなど、なにか症状が出たことがあれば「はい」にチェックをしてください。
- ・ その際の症状によっては、今回のワクチン接種の際に特別な配慮（安全な場所、椅子やベッドでワクチンを接種するなど）が必要を行う場合があります。

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。

- ・妊娠している可能性がある、または授乳中の方はチェックをしてください。
- ・ご自身がワクチンの有益性とリスクをご理解された上で接種を希望される場合は、接種可能です。
- ・以下のサイトも判断の参考にしてみてください。

https://covnavi.jp/category/faq_public/



2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類() 受けた日()

- ・接種を受けた方は「はい」にチェックをして、そのワクチンの種類と日付を記載してください。
- ・原則として、ワクチンの種類に関わらず、該当する場合、当日にワクチンは接種出来ません。2週間以上あけてから予約を取り直してください。

今日の予防接種について質問がありますか。

- ・質問がある方は「はい」にチェックしてください
- ※ 当日の集団接種会場は非常に混雑しますため、可能な限り、接種会場に来場するまでに、市町村の相談窓口などへ問い合わせを行い、当日質問がないようにして来てください。

