

新型コロナウイルスワクチン予診票

(市川 65 歳以上、松戸 65 歳以上は専用の予診票がありますので、こちらは使えません)

※接種希望の方へ：太ワク内にご記入下さい			診察前体温	度	分
住所				TEL ()	ー
(フリガナ) 受ける人の氏名		男 ・ 女	生年月日	大・昭・平・令 年	月 日生

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
1. 今日受ける予防接種について質問はありますか？	いいえ	はい	
2. 今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい 具体的に ()	いいえ	
3. 今までに新型コロナウイルスの予防接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
4. これまでに新型コロナワクチン接種でアレルギー反応（アナフィラキシーなど）を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
5. これまでに新型コロナワクチンやその他のワクチン、注射薬の成分以外のものに対して、重度のアレルギー反応（アナフィラキシーなど）を起こしたことがありますか？ 食物、ペット、飲み薬などが含まれます。	はい 薬または食品の名前 ()	いいえ	
6. 過去 2 週間以内に予防接種を受けましたか。	はい 予防接種の種類 ()	いいえ	
7. 新型コロナウイルスの陽性検査を受けたことはありますか、あるいは医師から新型コロナウイルスと言われたことはありますか？	はい	いいえ	
8. 免疫不全（HIV やがんなど）状態ですか、もしくは、現在免疫抑制剤や治療薬を飲んでいますか？	はい	いいえ	
9. 過去 90 日（3 ヶ月）以内に新型コロナウイルスの抗体療法または回復期血清による治療を受けたことがありますか？	はい	いいえ	
10. 出血障害がありますか？または、血液をサラサラにするお薬を飲んでいませんか。	はい	いいえ	
11. (女性の方に) 現在妊娠していますか。	はい	いいえ	
12. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや質問があれば、具体的に書いてください。			
医師の記入欄： 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（可能・見合わせる） 本人（もしくは保護者）に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、説明した。 医師の署名または記名押印			
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性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）	本人の署名（もしくは保護者の署名）		