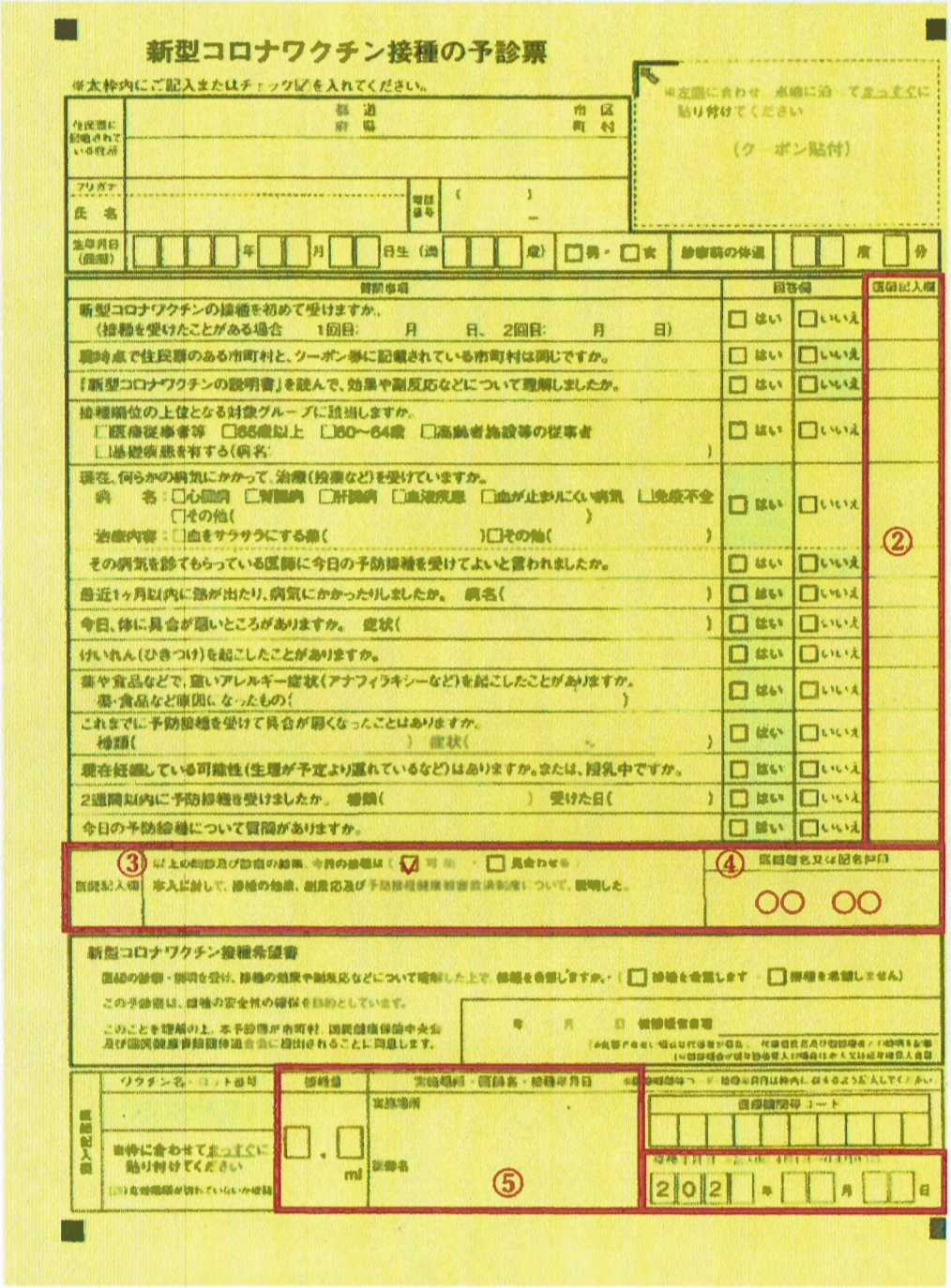
医師対応マニュアル


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　氏名　電話番号（　）－

生年月日（西暦）　年　月　日生（満　歳）　□男・□女　診察時の体温　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	②
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、強いアレルギー症状（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	

③ 以上の問診及び診察の結果、今回の接種は（☑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。
医師記入欄

④ 医師署名又は記名押印　○○　○○

新型コロナワクチン接種希望書

国民の説明・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

医師記入欄

ワクチン名・ロット番号

クーポン券に貼り付けてください

接種量　□.□ml

実施場所・医師名・接種年月日

⑤

医療機関印・ユート

2022年　月　日

①医師補助に予診室へ案内するよう依頼する。

②本人確認のうえ診察を行い、体調を確認する。

・予診票チェックの段階で、朱書きされてきたものは要確認事項となりますので、ご確認ください。

・ワクチン接種は体調の良いときに行います。

・必要に応じて医師記入欄に記入してください。

③診察察結果で接種の可否を判断する。

④直筆での署名又は記入押印をする。

ゴム印の場合は押印が必要となります。

⑤接種量・医師名・接種年月日に記名ください。

⑥診察後、医師補助が空いている接種ブースに案内します。

※オレンジの付箋

アレルギーのある人に付けています。

副反応の症状が出る恐れのある方の付箋はそのままに、不要であれば付箋を外してください。