

# 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区を入れてください。

クーポンは当日、こちらで貼り付けますので、事前に貼らないで下さい。

赤枠内を記入し、漏れがないようにお願いいたします

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
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	診察前の体温

質問事項	回答欄	医師記入欄
① 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)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
② 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
③ 「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	
④ 接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。 <input type="checkbox"/> 医療従事者等 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60~64歳 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等の従事者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する(病名: )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
⑤ 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"/> 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"/> 見合わせる )	医師署名又は記名押印
	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。 <input type="checkbox"/> 被接種者は6歳未満である(該当する場合は塗りつぶしてください)	

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

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	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> 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が確認		医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
			202 年 月 日

- ①接種を初めて受ける方は 「はい」   
2回目以降の方は 「いいえ」  1回目の日にちをお書き下さい。
- ②仙台市にお住まいの方 「はい」   
仙台市以外にお住まいの方 「いいえ」   
仙台市以外にお住まいの方は、仙台市が発行した住所地外接種届出済証が必要です。
- ③同封もしくはインターネット上の「新型コロナワクチン予防接種についての説明書」のチラシをご一読のうえ「はい」をチェック
- ④該当するグループに  と 「はい」   
仙台市独自の優先接種対象者(保育施設従事者や学校の教職員など)の方は、「高齢者施設等の従事者」を選択してください。  
該当するグループ以外の方は「いいえ」
- ⑤病院で治療・服薬をされている方 「はい」  をチェックして →病名に  チェック  
例: 病院では高血圧の治療は受けているが、“血をサラサラにする薬”は飲んでいない。

- ⑥ワクチン接種を希望する方  「接種を希望します」
- ⑦ワクチン接種の日にと、ご自身の名前を記入して下さい。  
※12歳~15歳の方は、保護者の氏名を署名してください。