

※接種希望の方は、太ワケ内にご記入又は○印をつけてください。

※お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者をご記入ください。また、予防接種の対象年齢等は医師にご確認ください。

		診察前の体温		度	分
住 所		TEL ()	—		
フリガナ		男 ・ 女	生年月日		
受ける人の氏名			年	月	日生
(代理人又は保護者の氏名)			(満	歳	ヵ月)

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) 接種を受けた新型コロナワクチンの種類()	はい	いいえ	
2. 今日受ける新型コロナワクチンについて説明文を読んで理解しましたか	はい	いいえ	
3. 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()/その他()	はい	いいえ	
4. 最近1ヵ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	
5. 今日、体に具合がわるいところがありますか ()	はい	いいえ	
6. 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	
7. 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	
8. 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 予防接種の種類() 症状()	はい	いいえ	
9. 近親者の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい	いいえ	
10. 現在妊娠している又は妊娠している可能性はありますか	はい	いいえ	
11. 最近1ヵ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類() 受けた日(年 月 日)	はい	いいえ	
12. 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)と判断した。本人(もしくは代理人又は保護者)に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品副作用被害救済制度について説明した。	医師の署名

本人 記入欄	医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応について理解した上で接種を希望しますか。 (希望します・希望しません)
	年 月 日 本人の署名(もしくは代理人又は保護者の署名) <ul style="list-style-type: none"> 本人が署名できない場合は代理人又は保護者が署名し、代理人又は保護者の氏名及び被接種者との続柄を記載 被接種者が16歳未満の場合は保護者の署名、成年被後見人の場合は本人又は成年後見人の署名

医師 記入欄	ワクチン名など	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
	ヌバキソビッド筋注 Lot No. : (武田薬品工業株式会社) カルテ No. :	筋肉内接種 _____ mL	実施場所 : 医師名 : 接種年月日 : 年 月 日

ご記入いただいた個人情報は新型コロナワクチン接種の予診に関してのみ使用させていただきます。