

予診票は事前に記入して持参してください

ワクチン接種当日は、接種券（クーポン券）や本人確認書類（健康保険証・運転免許証等の、住所・氏名・生年月日を確認できるもの）とともに、記入済みの予診票の持参が必要です。会場での密集を防ぐためにも、以下の書き方を参照し、予診票は必ず事前に記入してから持参してください。 ※2回目の接種時に必要な予診票は、1回目の接種時に配付します

住所・氏名・電話番号・生年月日・性別を記入してください。

接種を受ける日のことです。

基礎疾患がある場合等は、チェックをつけて、病名等を記入してください。また、その場合は、必ず事前にかかりつけ医に相談し、接種を受けるか判断してください。

記入しないでください。

接種当日に、接種についての説明を受け、効果・副反応等を理解してから、記入してください。

荒川区（請求用）

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。

◎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)

住所	〒 〇〇〇 〇〇〇 〇〇	市 区 町 村	
フリガナ			
氏名	〒 〇〇〇 〇〇〇 〇〇	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)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
接種前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	
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	
今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。	<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 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。

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 接種者自署

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	医師署名又は記名押印
クーポン貼付位置	ml	医師名	医師機関等コード
※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		接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日	

1/3 R3.3

何も貼付しないでください。接種後に職員が貼付します。

接種当日、接種会場で検温してから記入してください。 ※ただし、接種会場に向かう前にも検温し、発熱がある場合は、接種を控えてください

接種が1回目のときは「はい」にチェックをつけてください。接種が2回目のときは、「いいえ」にチェックをつけて、1回目の接種日を記入してください。

記入しないでください。

📌 接種会場に行く前に再度確認してください

ワクチン接種当日に、自宅を出発する際には、必ず次の点を確認してください。

- 発熱や体調不良はありませんか
- ワクチン接種の予約は済んでいますか
- 接種会場・時間を確認しましたか
- 接種券(クーポン券)を持ちましたか
- 予診票を持ちましたか(内容の記入もできていますか)
- 本人確認書類(健康保険証・運転免許証等の、住所・氏名・生年月日を確認できるもの)を持ちましたか
- 半袖の衣服等、接種の際に肩を出しやすい服装ですか
- マスクの着用等、感染症対策をしていますか



▲接種は肩付近に行いますので、肩を出しやすい服装を着用してください