

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票 記入例

下記例の赤枠内を参考にご自宅で記入をしてください。記入例中のアイウにご注意ください。

- ア** クーポン券は会場で貼付けます。剥がさずにお持ち下さい。
- イ** 「検診前の体温」はご自宅で測定し、記入してきてください。
- ウ** 接種希望日の日付は接種を受ける日をご記入ください。

新型コロナウイルス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	新潟 都 道 新潟 市 区 村
	〇〇区〇〇〇〇 1-3-5
フリガナ	シンラク タロウ
氏名	信楽 太郎
電話番号	(025) 123 - 0000
生年月日 (西暦)	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日生 (満 〇 歳) <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
検診前の体温	〇〇 度 〇 分

※ワクチン接種後に医療機関において貼り付けてください
※左図に合わせ、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)

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受けたことがありますか。 接種回数 (3 回) 前回の接種日 (2022 年 〇 月 〇 日) 前回接種を受けた新型コロナワクチンの種類 (モデルナ)	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現時点で住民票のある市町村と、接種券又は右上の請求先に記載されている市町村は同じですか。	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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"/> 毛細血管漏出症候群 <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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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) 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。	医師署名又は記名押印
--	------------

医療機関記入欄	〇 時間外(受付時間 :) 〇 休日 〇 小児(6歳未満) 〇 予備① 〇 予備② <small>※該当する項目について、マークの形からはみ出さないように満ち足りて記入してください。</small>
---------	---

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。

2022年 〇 月 〇 日 接種者又は保護者自署 信楽 太郎

(※自宅できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び接種者との捺印を記載)
(※接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被保護者の場合は本人又は成年被保護者自署)

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		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か確認	ml	医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
		2022 年 〇 月 〇 日	

ア

イ

ウ

新型コロナワクチンを接種した方へ

ワクチン接種当日の注意事項

- 激しい運動は控えてください。
- 接種当日の入浴に問題はありませんが、注射した部分は強くこすらないようにしましょう。

ワクチン接種後、副反応が出る場合があります

- ワクチン接種後は、下記のような副反応が出る場合がありますが、通常症状は数日で消失します。

症状	発現割合
腕の痛み	80%以上
筋肉痛、関節痛、頭痛、疲労	40-59%
悪寒、リンパ節の腫れ・痛み	20-39%

スパイクボックス®添付文書より改編

- 発熱や痛みなどに対して、必要な場合は市販の解熱鎮痛薬を服用するなどして様子を見ていただくこととなります。
- 2～3日経過しても症状が続く場合や症状が重い場合は病院に連絡してください。

※これらの症状は一時的なものであり、
症状は数日で消失することがほとんどです



信楽園病院

ワクチン接種当日の服装について



肩にワクチンを接種しますので、できるだけ肩を出しやすい服装でおいでください。

【実際の接種箇所】

