■ 新型コロナワクチン接種の予診票 <u> </u>			記載例			
※太	、枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。 **ワクチ	ン接種後に医療機関において				
住民	_ 三 △ 都道 三 △ 市区 ✓ 貼り付	けてくださ				
記載さ	がて ナーヤー 1 1 4		線に沿って重	<u> まっすぐ</u> に		
フリ:	#+	J付けてください				
氏		(クーポン貼付)				
10						
(西)		前の体温	36 度			
300	智問車道	回名		医師記入欄		
	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	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	1	Γ	
接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。				1	L	
	□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:		✓ いいえ	V	H	
	□基礎疾患を有する(病名:)					
100000	式 同らかいれないにかからく、治療(技楽など)を支がていなすが。 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				ľ	
ľ	□その他()	□はい	☑いいえ			
ž	台療内容:□血をサラサラにする薬()□その他()					
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(いいえ			
今E	日、体に具合が悪いところがありますか。 症状(口はい	☑いいえ			
けし	いれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	口はい	 いいえ			
	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。 験・食品など原因になったもの()	口はい	☑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。			☑ いいえ			
理探() 近仏() 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。			_ 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()			■いいえ			
今日の予防接種について質問がありますか。			□ いいえ		I.	
		はい	名又は記名排	⊞F∏	ľ	
医師	以上の問診及び診察の結果、今日の接種は(可能 ・	Phila	- H MRUTIS	1 14	١	
	□ 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						
新三・コープ・ファファス (国布・三) 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。 (<a>						
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 2021年 月 日 保護者自署	長	大太	郎		
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。 (※台書できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との無柄を記載) (※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被後見人の場合は本人又は成年後見人自署)						
	ワクチン名・ロット番号 接種量 実施場所・医節名・接種年月日 ※医療機関等コード・ 字 数 場 元			入してください。		
医師	シール駅付位置 実施場所 (職域) 長崎大学職域接種会場 4 2 (医療機関等コード				
師記入	※枠に合わせてまっすぐに(U)(D)(D)(D)(対)(対)	0 9 9 9 0 0 9 5				
欄	知り付めてくたられ、 一一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一	接種年月日 ※記入例)4月1日→04月01日				

(注)有効期限が切れていないか確認

202年月

「住民票のある住所」を記入

接種前の体温を記入

初回接種では「はい」,2回目接種では「いいえ」

住民票の住所と一致していれば「はい」

年齢や基礎疾患での該当がない場合は「いいえ」

項目を読んで、対象があれば記入

※ 予防接種について質問等あれば、 当日、問診担当医師にご確認ください。