

# 新型コロナウイルス感染症予防接種予診票 (任意接種用)

(接種を受ける方は太枠内をご記入ください。)

診察前の体温 度 分

住 所			
フリガナ		連絡先:	- -
氏 名		性別	男 ・ 女
生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日	(満 歳)
※未成年の方は保護者の氏名と連絡先を記載してください。			
保護者氏名		保護者連絡先	

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
現在、何か病気にかかっていますか。	は い	いいえ	
病名 ( )			
治療(投薬など)を受けていますか。	は い	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	は い	いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	は い	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。( )	は い	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。 薬・食品名 ( )	は い	いいえ	
新型コロナウイルス感染症の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか。	は い	いいえ	
新型コロナウイルス感染症以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか。	は い	いいえ	
直近6カ月以内に新型コロナウイルス感染症の予防接種を受けましたか。 直近の接種日等 ( 年 月 日 ワクチン種別: )	は い	いいえ	
1カ月以内に新型コロナウイルス感染症以外の予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 ( )	は い	いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	は い	いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名 ( )	は い	いいえ	
そ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。	は い	いいえ	
最近1カ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	
今日の予防接種について質問がありますか。	は い	いいえ	

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (実施できる・見合わせたほうがよい) と判断します。

医師記入欄

医師署名又は記名押印 (捺印)

ワクチンロット番号	接 種 量	実施場所・医療機関名・医師名		接種年月日
ワクチン名	筋肉内注射  ml	実 施 場 所	横浜市港北区小机町3302-5	年 月 日
Lot No.		医 療 機 関 名	横浜市スポーツ医科学センター	
ワクチン有効期限確認 <input type="checkbox"/>		医 師 名		

### 【新型コロナウイルス感染症予防接種希望書】

予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、接種を希望します。

被接種者氏名 (署名・代筆の場合は記名)

※自署できない方は代筆者が被接種者氏名を記名し、右にも記載

代筆者氏名

被接種者との関係 ( )

※15歳の方の接種には、保護者の署名が必要になります。

保護者氏名 (署名)