

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください

※接種される方がお子さんの場合は、保護者が記入してください

住所					
フリガナ		TEL	()	-	
氏名					
生年月日 (西暦)	年	月	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受けたことがありますか 接種回数() 回の接種日() 年 月 日) 前回接種を受けた新型コロナワクチンの種類()	☐ はい	☐ いいえ	
「新型コロナワクチン(コミナティ)を接種される方へ」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	
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 ☐ 毛細血管漏出症候群 ☐ その他() 治療内容: ☐ 血をサラサラにする薬() ☐ その他()	☐ はい	☐ いいえ	
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	
今日、体に具合が悪いところがありますか 症状()	☐ はい	☐ いいえ	
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	
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	
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	
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	☐ はい	☐ 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()	☐ はい	☐ いいえ	
今日の新型コロナワクチン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・ ☐ 見合わせた方がよい)と判断しました 本人または保護者に対して、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 説明しました	医師署名または記名押印

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
この予診票は、接種の安全性の確保を目的としています。

年 月 日 被接種者または保護者自署

- ・自署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続柄を記載
- ・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または成年後見人自署

ご記載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。

ワクチン名など	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
医師 記入欄 ワクチン名: Lot No.: カルテNo.: ※ワクチンの有効期間(カートンに記載)について 確認してください	_____ mL	実施場所: 東京都中央区八丁堀3-26-8 高橋医院 医師名: 高橋友乃 接種年月日: 年 月 日