

予診票記入例（5歳から11歳用）

新型コロナワクチン接種の予診票（1回目用）

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

①	住民票に記載されている住所 大阪府 寝屋川市 本町1番1号	券種 2 (予診のみ) 1 回目 請求先 大阪府寝屋川市 123456 券番号 1234567890 氏名 寝屋川 太郎	③
フリガナ	寝屋川 太郎	電話番号	211234561234567890
氏名	寝屋川 太郎	診察前の体温	度 分
生年月日 (西暦)	年 月 日 生 (満 歳)	性別	男 女
② 新型コロナワクチンの接種を受けたことがありますか。 接種日(1回目: 年 月 日、2回目: 年 月 日) 接種を受けたワクチン()		はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	医師記入欄
③ 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。		はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	⑤
④ 「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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
⑤ 現在、何らかの病名() 治療内容()		はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
⑥ 「はい」をチェック☑した項目は病名や症状を記入してください。		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()	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
		今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状()	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
		けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
		薬や食品などで、薬・食品など これまでに予防接種種類()	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
		現在妊娠している	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
		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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
		今日の予防接種について質問がありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
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	0 時間外(受付時間 :) 0 休日 0 小児(6歳未満) 0 予備① 0 予備② ※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濃く塗りつぶしてください。		
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。(<input type="checkbox"/> 接種を希望します ・ <input type="checkbox"/> 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。			
		⑦ 年 月 日 被接種者又は保護者自署 (※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・医師名・接種年月日	医療機関等コード
シール貼付位置	ml	医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
※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		202 年 月 日	

接種回数(1回目・2回目)を確認してください。
予防接種済証と予診票2回分(1回目用と2回目用 各1枚)がのり付けされています。
複写式ではありません。

1回目から2回目までの間隔が3週間必要です。
それぞれの接種日において、お子さまが満5歳から11歳であることを確認してください。

赤点線枠内全てを必ず事前にご記入ください。
記入漏れがあると、待ち時間が長くなります。
体温は当日医療機関又は接種会場で測定します。

① お子さまの住所・氏名・生年月日などを確認し、接種当日の満年齢と診察前の体温などを接種日当日に記入してください。
電話番号は、必ず保護者の方と連絡がつく電話番号を記入してください。

② 接種を受けたことがある場合は、「はい」を☑
(接種日、接種を受けたワクチン(ファイザーなど)を記入してください。)
接種を初めて受ける場合は、「いいえ」を☑

③ 予診票の右上を確認してください。
接種日において住民票がある自治体名になっているか注意してください！
同じ場合・・・「はい」をチェック☑
違う場合・・・「いいえ」をチェック☑

※「いいえ」を☑した方は、お持ちの接種券一体型予診票を使って接種を受けることはできませんので、接種日時点で住民票がある自治体へ接種券の発行について問い合わせてください。

④ 「新型コロナワクチン予防接種についての説明書」は、市ホームページからご確認ください。
ご一読のうえ「はい」をチェック☑

【市ホームページ】
「5歳～11歳の人の接種について」
ページID: 18054

⑤ 該当する場合はあてはまる箇所にチェック☑してください。
⑥ お子さまの病気、症状などを記入・チェック☑してください。

黒い太枠内(自署欄(赤枠)を除く)は、記入しないでください。
接種当日に医療機関又は接種会場で記入します。

⑦ 5～15歳の方の接種には、接種日の日付と署名欄に保護者氏名(保護者自署)の記入が必要です。保護者の署名がない場合は、接種を受けることはできません。

○医師の問診の結果、接種を見合わせるようになった場合(予診のみとなった場合)は、次のワクチン接種を受ける日までに接種券一体型予診票の再発行が必要です。コールセンター(072-825-2007)から手続きできます。
詳しくは市ホームページをご確認ください。