

# 予診票記入例

(別紙1)

接種回数  
(3回目)を確認して  
ください。

**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	住民票に記載されている住所 大阪 都 道 府 寝屋川 市 町 村 本町1番1号	券番号 1234567890	氏名 寝屋川 太郎	生年月日(西暦) 年 月 日 日生(満 歳)	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	診察前の体温 度 分
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( ● ● ● ● )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
⑤	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 type="checkbox"/> 治療内容: <input type="checkbox"/>					
⑥	最近1ヶ月以内に 今日、体に具合が けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。 薬や食品などで 薬・食品など原 これまでに予防 種類( 現在妊娠してい 2週間以内に予防接種を受けましたか。種類( ) 受けた日( ) 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 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	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 <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濃く塗りつぶしてください。</small>					
<b>新型コロナワクチン接種希望書</b> 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。 年 月 日 被接種者又は保護者自署 <small>(※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)</small>						
医師記入欄	ワクチン名・ロット番号 シール貼付位置 ※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	接種量 ml	実施場所 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 ※記入例) 4月1日→04月01日 202 年 月 日		

①ご自身の住所・氏名・生年月日など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も記入してください。)  
接種を初めて受ける場合は、「いいえ」を☑  
※ 他の自治体で1・2回目を接種してから、  
転入する方は接種記録をご自身で記入してください。

③予診票の右上をチェック!  
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、予約の際に市コールセンター  
にご連絡ください。 電話番号:072-825-2007  
(通話料がかかります)

④同封チラシ「新型コロナワクチン予防接種についての説明書」です。  
ご一読のうえ「はい」をチェック☑

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ご自身の病気、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。**