

新型コロナウイルスワクチン予防接種予診票 (自費用)

診察券番号

※医師が予防接種を受けても良いかどうかの参考にしますので、責任を持って太枠内に丸印、または文字を記入してください

被接種者氏名	男・女	生年月日	年	月	日(歳)
住所			診察前体温		℃
電話番号					

質問事項	回答欄		医師欄
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	
・主治医に今日の予防接種を受けても良いと言われましたか	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いことがありますか	はい	いいえ	
・その症状を書いてください			
1ヶ月以内に熱が出たり病気にかかったりしましたか	はい	いいえ	
・その症状(病名)を書いてください			
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	
免疫不全と診断されたことがありますか	はい	いいえ	
薬や食品(特に卵・鶏肉・ゼラチン等)でじんましんや発疹が出たり、体の具合が悪くなった等のアレルギー症状を起こしたことがありますか	はい	いいえ	
薬・食品名を書いてください()			
新型コロナウイルスワクチンの予防接種を受けたことがありますか	はい	いいえ	
接種したことがある場合は最終接種日を書いてください	年	月	日
・その際、具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
・他の予防接種で具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
・家族に予防接種を受けて具合が悪くなった方がいますか	はい	いいえ	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか	はい	いいえ	
・接種日			
・予防接種の種類			
【女性の方へ】現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
・主治医に予防接種を受けても良いと言われましたか	はい	いいえ	
今日受ける予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	
・その内容を書いてください			
医師記入欄：以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能 ・ 見合わせる) 医師署名又は記名押印			
予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか 、(受ける ・ 受けない) 本人署名 (代筆者) 続柄()			

使用ワクチン	用法・用量	医療機関名	みよし市民病院
シール貼付	筋肉内注射 0.5ml	医師名	
		接種日	

切り取り

新型コロナウイルスワクチン予防接種記録

Lot No ロットシール貼付	医療機関名	みよし市民病院
接種量 0.5ml	筋肉内注射	接種日