

新型コロナワクチン接種予診票【任意接種用】

フリガナ		性別	接種前の体温	度	分	
接種者氏名		男 ・ 女	年齢			
生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和	年	月	日	枠いっぱいにご記入ください 歳	
(保護者氏名)						
住所	〒 (摂津市 ・ 吹田市 ・ 茨木市)					
電話番号					接種した腕 右 ・ 左	接種量 0.3ml 0.5ml

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事がありますか	はい	いいえ	
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	
前回の接種日 (年 月 日)	はい	いいえ	
「新型コロナワクチンを接種される方へ」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	はい	いいえ	
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 ()	はい	いいえ	
治療内容：□血をサラサラにする薬 ()			
□その他 ()			
最近1カ月以内に熱がでたり、病気にかかったりしましたか	はい	いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか	はい	いいえ	
症状 ()			
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか	ある	ない	
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	ある	ない	
薬名・食品名 ()			
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか	ある	ない	
予防接種の種類 () 症状 ()			
1カ月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	
(ご婦人の方に) 現在妊娠している可能性(月経が遅れているなど)はありますか	はい	いいえ	
又は授乳中ですか	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	ある	ない	

医師記入欄	以上の問診および診察の結果、 今日の予防接種 可能 ・ 見合わせる	医師のサイン
-------	--------------------------------------	--------

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 ・ 見合わせる)	
令和 年 月 日	本人もしくは保護者のサイン

※注意 接種後15分間は院内でお待ちいただくか、アナフィラキシー時はすぐに医師の処置が受けられる所でお待ち下さい。

使用ワクチンロット番号 ・ 接種日時	用法 ・ 用量	医療機関名
	0.3ml ・ 0.5ml 筋肉内注射	医療法人 千里丘協立診療所 TEL:072-622-8638