

高齢者新型コロナウイルス予防接種予診票

(※太枠の中を黒いボールペンでお書きください)

診察前の体温 度 分

令和6年度～延岡市様式

住民票の住所	延岡市	
氏名	電話	男・女
生年月日	大正・昭和 年 月 日生(満 歳)	

受診料	<input type="checkbox"/> 有料
	<input type="checkbox"/> 無料(生活保護世帯)
※生活保護のときは証明書を添付	

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日の予防接種は、10月以降1回目ですか。※2回目以降は「全額自己負担」です	はい	いいえ	
前回の新型コロナウイルス予防接種から、3ヶ月以上経過していますか。	はい	いいえ	
新型コロナウイルス予防接種について、市から配られている説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
今日の予防接種の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、何か病気にかかっていますか。病名()	いいえ	はい	
治療(投薬など)を受けていますか。	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	いいえ	はい	
免疫不全と診断されたことがありますか。	いいえ	はい	
今日、体に具合の悪いところがありますか。具体的な症状()	いいえ	はい	
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。	いいえ	はい	
新型コロナウイルス感染症の予防接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
①その際に具合が悪くなったことはありますか。	いいえ	はい	
②新型コロナウイルス以外の予防接種の際、具合が悪くなったことはありますか。	いいえ	はい	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	いいえ	はい	
1か月以内に予防接種を受けましたか。	いいえ	はい	
予防接種名()	いいえ	はい	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。	いいえ	はい	
病名()	いいえ	はい	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい	いいえ	
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。	いいえ	はい	
病名()	いいえ	はい	
今日の予防接種について質問がありますか。	いいえ	はい	

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) 本人へ予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明済み。	医師署名(自署)又は記名押印
---	----------------

新型コロナウイルス感染症予防接種希望書(医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)

医師の診察・説明を受け、予防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。

(接種を希望します ・ 接種を希望しません)

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解した上で、本予診票が市に提出されることを同意します。

令和 年 月 日 被接種者署名

※ 自署できない場合は、代筆者が署名し、下に代筆者の氏名および被接種者との続柄を記入すること
 ※ 被接種者の意思を確認した者が代筆すること

代筆者署名 (続柄:)

ワクチンロット番号	接種量	実施場所 ・ 医師名 ・ 接種年月日
ワクチン名 Lot No. (注)有効期限がきれていないか確認	(筋肉内接種) ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

----- 切 り と り 切 線 -----

本人控え	ワクチンロット番号	実施場所 ・ 医師名 ・ 接種年月日
	ワクチン名 Lot No.	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日