沖縄市・うるま市・嘉手納町・北谷町・北中城村・中城村（住所地に〇をしてください）

資料1-3

新型コロナウイルス感染症予防接種予診票

住所		性別	男　・　女
氏名		連絡先	
生年月日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日（満　　歳）	診察前の体温	℃

質問事項	回答欄		医師記入欄
今年度、実施期間中に公費にて新型コロナウイルス感染症の予防接種を受けましたか。 （今年度、実施期間中に既に公費にて接種している場合は公費対象外となります。）	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：　　）	はい	いいえ	
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よいといわれましたか。	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。症状（　　）	はい	いいえ	
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はありますか。	はい	いいえ	
コロナワクチン接種で具合が悪くなったことがありますか。（症状：　　）	はい	いいえ	
新型コロナウイルス感染症**以外**の予防接種を受けて、具合が悪くなったことがありますか。 予防接種（　　）症状（　　）	はい	いいえ	
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	
1か月以内に予防接種を受けましたか。（予防接種の種類　　）	はい	いいえ	
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はありますか。 病名（　　）	はい	いいえ	
その病気の主治医に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい	いいえ	
最近1か月以内に、熱が出たり、病気にかかったりしましたか。（病名：　　）	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

医師記入欄	※60歳以上65歳未満の対象者（心臓、腎臓、呼吸器、ヒト免疫不全による障害を有する者）のみ記入 疾患名（　　）※身体障害者手帳の写しを添付※
	以上、問診及び診察の結果、今日の予防接種は【　可能 ・ 見合わせる（理由：　　）】 本人に対して、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、説明した。 医師署名（サイン）または氏名ゴム印に捺印 ＿＿＿＿＿＿＿＿

新型コロナウイルス感染症予防接種希望書及び同意書　（医師の診察の結果、接種可能と判断された後にご記入ください。）

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応、健康被害救済制度について理解したうえで接種を希望します。
また、予診票の記載が予防接種の安全性の確保を目的としていることを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。（※自署できない者は代筆者が被接種者名を署名し、以下に代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載）

接種を受ける方の署名　　（代筆者の氏名　　続柄　　）

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（予診のみの場合もご記入ください）
ワクチン名 シール添付 Lot No. ※有効期限が切れていないか確認	筋肉内接種 ｍｌ	実施場所 医師名 接種（予診）年月日　令和　年　月　日

中部地区医師会　R8