

新型コロナウイルス感染症予防接種 予診票 (任意接種用)

※太い線で囲まれたところを記入するか○で囲んでください。

		診察前の体温	度	分
住所	猿払村 電話 ()			
氏名				男 ・ 女
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生 (満 歳)			
質 問 事 項			回 答 欄	医師記入欄
今日の新型コロナウイルス感染症の予防接種について市町村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
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			はい	いいえ
②新型コロナウイルス感染症以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか			はい	いいえ
現在、何か病気にかかっていますか □心臓病 □腎臓病 □肝臓病 □血液疾患 □その他()			はい	いいえ
治療(投薬など)を受けていますか 内容()			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			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
最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名()			はい	いいえ
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか			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がありますか 薬・食品名()			はい	いいえ
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類()			はい	いいえ
1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類() 受けた日()			はい	いいえ
最近1カ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
<p>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 ・ 希望しません) ※どちらかを○で囲んでください。 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。 このことを理解のうえ、本予診票が市町村に提出されることに同意します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日 <u>被接種者自署</u> (※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)</p>				
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 (実施できる ・ 見合わせた方がよい) と判断します。 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、説明をしました。 <p style="text-align: center;">医師署名又は記名押印</p>				
使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日		
ワクチン名 Lot No. 製造番号 ※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