

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください  
 ※接種される方がお子さんの場合は、保護者が記入してください

【医療機関控】

住所				
フリガナ		TEL	( )	-
氏名				
生年月日 (西暦)	年	月	日生(満 歳)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 診察前の体温 度 分

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ことがありますか 接種回数( 回) 前回の接種日( 年 月 日) 前回接種を受けた新型コロナワクチンの種類( )	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
「新型コロナワクチン(コミナティ)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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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 病名: <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい病気 <input type="checkbox"/> 免疫不全 <input type="checkbox"/> 毛細血管漏出症候群 <input type="checkbox"/> その他( ) 治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬( ) <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
最近1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか 病名( )	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか 症状( )	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
薬や食品などで、重いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことがありますか 薬・食品など原因になったもの( )	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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( ) 症状( )	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか または、授乳中ですか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか 種類( ) 受けた日( )	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
今日の新型コロナワクチン接種について質問がありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	

医師 記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の接種は(☐可能・☐見合わせた方がよい)と判断しました 本人または保護者に対して、接種の効果、副反応及び医薬品副作用被害救済制度について 説明しました	医師署名または記名押印

**新型コロナワクチン接種希望書**

医師の診察・説明を受け、接種の効果や副反応について理解した上で、接種を希望しますか 希望します 希望しません

年 月 日 被接種者または保護者自署 \_\_\_\_\_

・自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載  
 ・被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被後見人の場合は本人または成年後見人自署

ご記載いただいた個人情報、新型コロナワクチン接種の予診に関するのみ、使用させていただきます。

医師 記入欄	ワクチン名など	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
	ワクチン名: Lot No.: カルテNo.:	_____ mL	実施場所: 医師名: 接種年月日: 年 月 日