接接金精内での密を避けるため、赤枠内 市 区 町 村	新 ※太林			튼 (追加接	1	···	A + 11 - F	ر د مارات کار	- + 01-	
佐田田 日生 (満	住民票(記載されいる住)		でお願いします。	()	市区			2 S S S S S	<u> </u>	
日生 (湖										
新型コロナワクチンの接種を受けたことがありますか。 接種日(1回目: 年 月 日、2回目: 年 月 日)	(西暦)				□男・□女	診祭則				
接種目(1回目: 年 月 日、2回目: 年 月 日)	ᅉᆒᄀᄆᅷ	-ロクチンの控話を必					<u>回</u> ?		医師記入欄	
「新型コロナワクチンの説明書」を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。	接種日(1	1回目: 年	Martine of American engages of the last to the Same In-	年	月 日)		□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。 病 名:□小臓病 □腎臓病 □肝臓病 □血液疾患 □血が止まりにくい病気 □免疫不全 □ はい □いいえ □毛細血管漏出症候群 □その他()) □その他()) □ はい □いいえ ○ 日、体に具合が悪いところがありますか。 症状() □ はい □いいえ □ □ はい □いいえ □ はい □ にいしれ □ はい □ □ はい □ □ はい □ □ はい □ □ □ □ □ □ □	現時点で住	主民票のある市町村	と、接種券又は右上の請求先	こに記載されてい	vる市町村は同じ ⁻	ですか。	□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。 病 名:□小臓病 □腎臓病 □肝臓病 □血液疾患 □血が止まりにくい病気 □免疫不全 □ はい □いいえ □毛細血管漏出症候群 □その他()) □その他()) □ はい □いいえ ○ 日、体に具合が悪いところがありますか。 症状() □ はい □いいえ □ □ はい □いいえ □ はい □ にいしれ □ はい □ □ はい □ □ はい □ □ はい □ □ □ □ □ □ □								□いいえ		
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状() □ はい □ いいえ けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。 □ はい □ 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() □ はい □ いいえ 型類() 症状() □ はい □ いいえ 型類() 症状() □ はい □ いいえ ②週間以内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。または、授乳中ですか。 □ はい □ いいえ ②週間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 ②月の予防接種について質問がありますか。 □ はい □ いいえ □ はい □ いい □ い	病 名	名:□心臓病 □腎/ □毛細血管漏出	臓病 □肝臓病 □血液疾息 症候群 □その他(患 □血が止まり	川にくい病気 □免	按不全))	□はい	□いいえ		
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	最近1ヶ月以	以内に熱が出たり、症	- 気気にかかったりしましたか。	病名()	口はい	□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。 はい いいえ 薬・食品など原因になったもの() 症状() 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。 はい 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。 はい いいえ 2週間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 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 以上の問診及び診察の結果、今日の接種は(可能・ 見合わせる) 医筋署名又は記名押印 医療機関 記入欄 〇 時間外(受付時間 :) 0 休日 0 小児(6歳未満) 0 予備① 0 予備② ※該当する項目について、マークの形からはみ出さないように選(塗りつぶしてく) 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)	今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状(□いいえ		
薬・食品など原因になったもの() 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。 種類() はい 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。 はい いいえ 2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類() 受けた日(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 以上の問診及び診察の結果、今日の接種は(可能・ 見合わせる) 医師署名又は記名押印 医筋記入欄 ○時間外(受付時間 :) ① 外児(6歳未満) ○予備① ○予備② 態出する項目について、マークの形からはみ出さないように調く塗りつぶしてく 新型コロナワクチン接種希望書 ※該当する項目について、マークの形からはみ出さないように調く塗りつぶしてく 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)	けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。							□いいえ		
種類() 症状() はい しいいえ 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。 はい しいいえ 2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類() 受けた日() はい しいいえ 今日の予防接種について質問がありますか。										
2週間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 今日の予防接種について質問がありますか。 □ はい □ いいえ 以上の問診及び診察の結果、今日の接種は(□ 可能 ・ □ 見合わせる) を簡認入欄 本人に対して、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。 □ を簡繁名又は記名押印 医療機関記入欄 ○ 時間外(受付時間 :) ○ 休日 ○ 小児(6歳未満) ○ 予備① ○ 予備② ※該当する項目について、マークの形からはみ出さないように濃く塗りつぶしてく 新型コロナワクチン接種希望書 を師の診察・説明を受け、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)	a to a second se							□いいえ		
今日の予防接種について質問がありますか。	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。									
以上の問診及び診察の結果、今日の接種は(2週間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		
医師記入欄 本人に対して、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。 医療機関 引入欄	今日の予防	坊接種について質問	がありますか。				口はい	□いいえ		
記入欄			_	_			医師	署名又は記名	甲印	
医師の診察・説明を受け、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)		〇 時間外(受付時間	:) (休日	0		•	o care many a service	•		
この予診票は、接種の安全性の確保を目的としています。 被接種者又は このことを理解の上、本予診票が市町村、国民健康保険中央会 及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。 (※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 (※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又は成年後見人										
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 ※医療機関等コード・接種年月日は枠内に収まるよう記入してくた	ワクチ	チン名・ロット番号	接種量実施場所	近・医師名・接種 [:]	年月日 ※医療機関	関等コード・	接種年月日は枠店	内に収まるよう記え	入してください。	
Separation Separation	師 記 入 機 貼り作	合わせて <u>まっすぐ</u> に 付けてください	医師名		接種		※記入例)4月	1日→04月01		