新型コロナワクチン接種の予診票(追加接種用)

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

作用		# 学 + 17											
取りまとめ 日生 (都道府県				市区町村	接種日		令和	令和4年 月		日	
Yama	いる住所)				
### ### ### ### ### ### ### ### ### ##	l												
(国際)												-	
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) はい いいえ 接種を付けたフクチン() はい いいえ 「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。 はい いいえ 「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。 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。 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。 名: 「」心臓病 「一胃臓病 「一胃臓病 「一直液疾患 「一直が止まれに、心病気 「免疫不全」 はい 「」いいえ 「一生細血管漏出症候群 「一その他() 」 はい 「」いいえ 「一生細血管漏出症候群 「一その他() 」 はい 「」いいえ 「一時細したり、病気にかかったりしましたか。 病名() はい 「」いいえ 「分日、体に具合が悪いところがありますか。 症状() はい 「」いいえ 「いれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。 症状() はい 「」いいえ 「いれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。 薬・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 「現現している可能性(生理が予定より運れているなど)はありますか。 実施機関 () 定けた日() はい 「」いいえ 「現理関レ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。 「」はい 「」いいえ 「以ばればしている可能性(生理が予定より運れているなど)はありますか。または、授利中ですか。 」はい 「」いいえ 「以びればればしている可能性(生理が予止さればればればればればればればればればればればればればればればればればればれば		年月日日生(満日生(満成)□男・□女 診察前							の体温		度	分	
接種信(回目: 年 月 日、2回目: 年 月 日)			5	質問事項					[回答欄	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回目: 年 月 日、2回目: 年 月 日)								□はい	\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	₹		
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。	現時点で	で住民票のある市町村	付と、接種券又は	は右上の請求先	に記載されて	いる市町村は	は同じて	ですか。	□はい	\	ž.		
病 名: □心臓病 □腎臓病 □肝臓病 □血液疾患 □血が止まルに(い病気 □免疫不全 □はい □いいえ □を持つすってする薬() □ をの他()) □ 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。 素・食品など原因になったもの() □ はい □いいえ ■ はなが □ はい □いいえ ■ □ はい □いいえ ■ □ はい □いいえ ■ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	『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。								口はい	いしいいき	ž.		
□毛細血管漏出症候群 □その他(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。												
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状(□毛細血管漏出症候群 □その他()								☐ はい	\	ž.		
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状(
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	いしいいき	ž.		
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()	今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状(□ はい		ž.		
葉・食品など原因になったもの(けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。								□はい	\	ž.		
種類() 症状() □ 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)									□ はい	\	ř.		
2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類(□はい	<u> </u>	ž.		
はい	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	<u> </u>	ž.		
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) 本人に対して、接種の効果、副反応及び予防接種健康被害教済制度について、説明した。 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きないように濃(塗りつぶしてくだきい。 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) この予診票は、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。 「経過者できない場合は代菓者が名名し、代菓者氏名及び独接職者との総柄を記載)(※負害できない場合は代菓者が名名し、代菓者氏名及び独接職者との総柄を記載)(※検接種者が「6歳未満の場合は保護者自書、成年被後見人の場合は本人又は成年後見人自書) アクチン名・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ださい。 医師名 「医師名」 ※枠に合わせてまっすぐに 貼り付けてください	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	\	t		
医師記入欄 以上の問診及び診察の結果、今日の接種は(今日の予防接種について質問がありますか。								□ はい	いしいいき	ž.		
医療機関 記入欄 ・	以上の問診及が診察の結果 今日の接流は(□ 司 能 , □ 日今ゎ+**)								医師署名又は記名押印				
部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) この予診票は、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。 年月日保護者自署 (※自署できない場合は代菓者が署名し、代業者氏名及び被接種者との統柄を記載) (※被接種者が16歳未満の場合は保障者自業、成年被後見人の場合は本人又は成年後見人自署) フクチン名・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ださい。 実施場所 医節名 医師名 ※枠に合わせてまっすぐに 貼り付けてください	医卵記入情												
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) この予診票は、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華者が署名し、代業者氏名及び被接種者との総柄を記載) (※複接種者が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自署) 「ククチン名・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ださい。 実施場所 医療機関等コード 接種年月日 ※記入例)4月1日→04月01日 「というというというというとは、大きを表します。」 「と、後種年月日 ※記入例)4月1日→04月01日		記入欄											
この予診票は、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。 「※治療を含むい場合は代節者が署名し、代節者氏名及び被接種者との総柄を記載) (※治療を含むい場合は保護者自署、成年被後見人の場合は本人又は成年後見人自署) 「次のフラチン名・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ださい。 「実施場所」 「実施場所」 「医療機関等コード」 「安藤機関等コード」 「安藤権権を関係を関係を表現し、「安藤権権権を対象を表現し、「安藤権権権権権権権権権権権権権を表現し、「安藤権権権権権権権権権権権権権権権権権権権権権権権権権権権権権権権権権権権権	新型コロナワクチン接種希望書												
てのことを理解の上、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。 年月日保護者自署 (※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総柄を記載) (※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又は成年後見人自署) フクチン名・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ださい。 実施場所 医療機関等コード 接種年月日 ※記入例)4月1日→04月01日	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)												
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準者が署名し、代準者氏名及び被接種者との総柄を記載)(※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又は成年後見人自署) 「アクチン名・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ださい。 「実施場所 医療機関等コード 接種年月日 ※配入例)4月1日→04月01日	被接種者又は												
(※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自署) 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ださい。 医療機関等コード ※枠に合わせてまっすぐに 貼り付けてください 監約 医師名 (※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自署) ※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ださい。 下機関等コード 「大きでは、大きでは、大きでは、大きでは、大きでは、大きでは、大きでは、大きでは、	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 年 月 日 保護者自署									李子全及754444	書との会社	た 他口曲A \	
************************************		(※被接種者が16歳未満の場合は保護者自獲											
医師記 入欄 ※枠に合わせて <u>まっすぐ</u> に 貼り付けてください	7	SE 28 TO 11 WAS 100 OF ACADOM CONTROL OF A SECURITION OF A SEC											
記 ※枠に合わせて <u>まっすぐ</u> に	師 ——	シール貼付位置		美施場所					医療機関	関等コード	1 1	7.0	
欄 貼り付けてください ml 医師名 (変性4万日 ※記入例/4万1日→04万01日 ml E ml	記 ※格	貼り付けてください 医師名 接種年月日						年日口 ×	※記入例)4月1日→0.4月01日				
	欄 見											78	