

※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

住所				
フリガナ		TEL	()	—
氏名				
生年月日 (西暦)	年	月	日生(満 歳)	☐男 ☐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()	☐はい	☐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	☐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:☐心臓病 ☐腎臓病 ☐肝臓病 ☐血液疾患 ☐血が止まりにくい病気 ☐免疫不全 ☐毛細血管漏出症候群 ☐その他() 治療内容:☐血をサラサラにする薬() ☐その他()	☐はい	☐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()	☐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	
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()	☐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	
1ヵ月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	
今日の新型コロナワクチン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・☐見合わせた方が良い)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は、新型コロナワクチン接種の予診に関してのみ、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.: ※ワクチンの有効期間(カートンに記載)について 確認してください	mL	実施場所: 医師名: 接種年月日: 年 月 日