

* 多言語予診票をあらかじめ書いてもらって、大事なところは丁寧に質問しましょう *



新型コロナワクチン接種の予診票

※太枠内にご記入またはチェック区を入れてください。

住民票に記載されている住所	都道府県	市区町村
フリガナ		
氏名		
生年月日(西暦)	年	月
性別	男	女
診察前の体温	度	分

※ワクチン接種後に医療機関において貼り付けてください
※左側に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください
(クーポン貼付)

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初めて受けますか。 (接種を受けたことがある場合 1回目: 月 日、2回目: 月 日)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	⑦
現時点で住民票のある市町村と、クーポン券に記載されている市町村は同じですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	⑧
「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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	⑨
接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。 <input type="checkbox"/> 医療従事者等 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60~64歳 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等の従事者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する(病名:)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	⑩
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"/> その他()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	⑪
治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他()		
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()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	⑫
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	⑬
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	⑭
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	⑮
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せんか。 種類() 症状()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	⑯
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	⑰
2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類(⑯)と同時に記入した日()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日の予防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	⑱

医師記入欄
以上の問診及び診察の結果、今日の接種は(可 ー 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救済制度について、説明した。
 接種者は6歳未満である(該当する場合は塗りつぶしてください)

医師署名又は記名押印

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 接種者又は保護者自筆
【※記載できない場合は片書きで記入し、記載済みの内容及び接種履歴との整合性を確認】
【※接種者が18歳未満の場合は保護者自筆、成年被保護者の場合は本人又は成年被保護者自筆】

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
シールを貼付位置		医師署名
※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください (注)有効期限が切れていないのを確認		医師名

医師記入欄

医師署名欄
接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
2022 年 月 日

- ① おうちはどこですか？家はどこですか？住所を書きます
(漢字がわからない場合は、在留カードを見せてもらってこちらで書く)。
- ② ここは、名前を書きます。
- ③ ここは電話番号です(携帯を見せる)。
- ④ ここは、誕生日です。今、何歳ですか？ 20歳ですか？40歳？
(相手の年齢に合わせて選択肢を出す)
- ⑤ おとこ、おんな わかりますか？
- ⑥ 体温は何度ですか？(体温計を見せる)
- ⑦ コロナワクチンははじめてですか？2回目ですか？(2回目の場合)1回目はいつですか？
- ⑧ (住所欄を指さして)ここに住民票はありますか？
(相手がわからない場合は、住民票の翻訳を見せる。
→はいの場合、クーポンの住所と同じかどうかはこちらで確認する)
- ⑨ (『新型コロナワクチンの説明書』を手に持ちながら)これは理解できましたか？
副反応があるかもしれません。(副反応は相手の言語に合わせて翻訳アプリで検索)
- ⑩ ○○さんのお仕事は何ですか？何か病気がありますか？
(誕生日はすでに書いているので、対象グループかどうかはこの質問で判断できる)
- ⑪ 今、何か病気にかかっていますか？(はいの場合、相手に母語で言ってもらって自動翻訳にかける)
薬は何か飲んでいますか？(薬を見せながら質問：はいの場合、相手に母語で言ってもらって自動翻訳にかける) 血がよく流れる薬を飲んでいますか？
- ⑫ 1か月以内(カレンダーを見せながら指差し)に熱がでましたか？病気にかかりましたか？
- ⑬ 今日は元気ですか？何か問題がありますか？
- ⑭ けいれんを起こしたことがありますか？(けいれんは相手の言語に合わせて翻訳アプリで検索)
- ⑮ アレルギーはありますか？(相手がわからない場合は、アレルギーの翻訳を見せる)強いですか？
食べ物ですか？(はいの場合、それは何ですか)薬ですか？(はいの場合、それは何ですか)
- ⑯ 今まで何かワクチン・予防接種を受けましたか？受けた後、元気でしたか？問題はありましたか？
【次の質問も、ここで記入可能】
- ⑰ 今、妊娠していますか／お腹に赤ちゃんがいますか？おっぱいをあげていますか？(哺乳瓶を見せる)
- ⑱ わかりましたか？何か質問はありますか？わからないことはありますか？