

月 日 () 時 分

※場合によっては、こちらからお日にちの変更をお願いすることがあるかもしれません

確認

- 住民票は川口市でお間違えないですか？
- 接種日の前後2週間で、他のワクチンを打つ予定はありませんか？
- 前回コロナワクチンを接種した時に、問題はありませんでしたか？
- 内科や基礎疾患等、他の病院におかかりでしたら、そちらの先生にワクチンを打っても大丈夫かご自身でご確認お願い致します。

当日のお願い

- 診察券・保険証・お薬手帳**を必ずお持ちください。
- 肩をすぐに出せるように、Tシャツ(袖をめくりやすいもの)やノースリーブでお越しください。
(今までの皮下ワクチンよりも、腕の上方に接種します)
- 予診票は当日、ご自宅でご記入してからお持ちください。**
- ・『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)ありますか。または授乳中ですか。』の欄に該当しない場合(男性の方も)は、『いいえ』にチェックをつけてください。
 - ・『新型コロナワクチン接種希望書』欄には、説明をよくご理解したうえで希望の有無にチェックをし、自署をお願いいたします。
- クーポン券と同封されていた『新型コロナワクチンの説明書』をよく読んで、持ち物などのご確認をお願い致します。

重 要

- 新型コロナワクチンは、今までのワクチンと異なり管理が非常に難しいものとなります。
1本の薬瓶から6人分を事前に作っています。
- 1日に打てる時間・人数も限られていますので、接種日に他のご予定を入れないよう
お願い致します。
- 使用するワクチンは川口市で管理しているため、接種日当日にメーカーの変更がある可能性がございます。ご了承ください。
- 体調管理をしっかりとお願い致します。
- 万が一、体調が悪くなってしまいましたら、速やかにご連絡をお願い致します。
- 場合によっては、集団接種へのご案内になる可能性もございますのでご了承ください。

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。

**当日の体温を
記入してきてください**

住所 〒 氏名	印字されていない 空欄部分をご記入してきてください	請求先 券番号 氏名	231120782000000106
生年月日 (西暦)	年 月 日 生(満 歳)	性別	診察前の体温 <input type="text"/> 度 <input type="text"/> 分

質問事項	はい	いいえ
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 接種を受けたワクチン(1回目: 2回目:)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
現時点で住民票のある市町村と、接種券又は右上の請求先に記載されている市町村は同じですか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
『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"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>
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() 症状()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>
2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類() 受けた日()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
今日の予防接種について質問がありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**「はい」の方は
必ず主治医の
先生に確認
してください!!!**

**該当しない方
男性の方は
「いいえ」に
チェックを
してください**

医師記入欄	以上の結果が診察の結果、今日の接種は(<input type="checkbox"/> 可能 ・ <input type="checkbox"/> 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、説明済み	医師署名又は記名押印
医療機関 記入欄	受付時間: () () 休日 () 小児(6歳未満) () 予備② ()	

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。(<input type="checkbox"/> 接種を希望します ・ <input type="checkbox"/> 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 被接種者又は保護者自署

**どちらかに
チェックを
してください**

ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所	接種年月日
シール貼付位置	<input type="text"/> ml	実施場所	年 月 日
※枠に合わせてまっすぐに貼付けてください (注)有効期限が切れていないか確認		医師名	2020年 月 日

**・西暦、和暦どちらでも可
・自署をお願いします**

- ・特に記入漏れの多い項目をピックアップしたのようになります
- ・他の箇所も記入漏れのないよう、再度ご確認お願い致します
- ・消えるボールペン等は使用せず、はっきりとご記入してください
- ・書き間違えた場合は二重線を引き、太枠内に正しく書いてください
- 修正液等のご使用にならないでください
- ・ご不明な点がございましたら、お問い合わせください