

接種券が印字されています

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。

Header form containing personal information: 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), 性別, 診察前の体温. Includes a QR code and a barcode with the number 231234561234567890.

Main questionnaire table with columns: 質問事項, 回答欄, 医師記入欄. Questions include: 新型コロナワクチンの接種を受けたことがありますか, 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, 『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, 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, 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, 今日、体に具合が悪いところがありますか, けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか, 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, 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, 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, 2週間以内に予防接種を受けましたか, 今日の予防接種について質問がありますか.

Section for doctor's notes: 医師記入欄. Text: 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救済制度について、説明した。 医師署名又は記名押印

Medical facility information: 医療機関記入欄. Options: 〇 時間外(受付時間 : ) 〇 休日 〇 小児(6歳未満) 〇 予備① 〇 予備②. Note: ※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ださい。

Section for vaccination wishes: 新型コロナワクチン接種希望書. Text: 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. 年 月 日 被接種者又は保護者自署. Note: ※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又は成年後見人自署)

Bottom section for vaccination details: 医師記入欄. Includes: ワクチン名・ロット番号, シール貼付位置, 接種量 (ml), 実施場所, 医師名, 医療機関等コード, 接種年月日 (例: 2020年 月 日).