

か
書くところ

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票 (追加接種用)

※本枠内にご記入されたチェック印を入れてください。

券 種	2 (□予診のみ)	3 回目
請求先	大阪府大阪市	271004
郵便番号	X---10---X	
氏 名	MVVVV10^A^A^M	
フリガナ	()	
氏 名	MVVVV10^A^A^M	
生年月日 (西暦)	X X X X 年 X X 月 X X 日 生 (満 歳)	診察前の体温 度 分

質問事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナウイルス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:X X X X年 X X月 X X日、2回目:X X X X年 X X月 X X日) 接種を受けたワクチン(1回目M-----20-----M、2回目M-----20-----M)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現時点で住民票のある市町村と、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"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
「新型コロナウイルスワクチンの説明書」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	
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()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
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	
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	
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	
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	
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"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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()	<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	

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の接種は(<input type="checkbox"/> 可能 ・ <input type="checkbox"/> 見合わせる)	医師署名又は記名押印
医師機関記入欄	<input type="checkbox"/> 時間外(受付時間 :) <input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> 小児(6歳未満) <input type="checkbox"/> 予備① <input type="checkbox"/> 予備②	

新型コロナウイルス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 被接種者又は保護者自筆

(※自筆できない場合は代理人が署名し、代理人氏名及び被接種者との関係を記載)
(※被接種者が16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
シール貼付位置		医師機関等コード	
※枠に合わせてまっすぐに貼付けてください	ml	接種年月日 5記入例) 4月1日→04月01日	
(注)有効期限が切れないか確認		202 年 月 日	

わく なか か
枠の中を書いてください。

よしんひょう
予診票
えいごばん
(英語翻訳版)

Pre-Vaccination Screening Questionnaire for COVID-19 Vaccine (Booster shot)

*Please fill in or check the boxes inside the bold frame

(space for your vaccination voucher / sticker)

注意：
本予診票を用いて請求を行うことは
できません。
日本語の予診票に転記の上、請求を行
ってください。

Address on the resident card	Prefecture	City		
Address				
Name	Phone No.	()		
Date of birth	Year / Month / Day (years old)	<input type="checkbox"/> male · <input type="checkbox"/> female	Body temperature before examination	Degrees Celsius
Question		Response field		Field filled in by doctor
Have you ever received the COVID-19 vaccine before? (If yes, date of 1st dose: YYYY/ MM/ DD, date of 2nd dose: YYYY/ MM/ DD) (Vaccine)		<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	
Is the city, town, or village where you currently reside the same as the city, town, or village stated on the coupon?		<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	
Have you read the "Instructions for the COVID-19 vaccine" and do you understand the effects and adverse side effects?		<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	
Are you currently suffering from any kind of illness and receiving treatment or medication? Name of disease: <input type="checkbox"/> heart disease <input type="checkbox"/> kidney disease <input type="checkbox"/> liver disease <input type="checkbox"/> blood disease <input type="checkbox"/> disease that makes it difficult to stop bleeding <input type="checkbox"/> immune deficiency <input type="checkbox"/> capillary leak syndrome <input type="checkbox"/> other () Nature of treatment: <input type="checkbox"/> blood-thinning medicine () <input type="checkbox"/> other ()		<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	
Have you had a fever or gotten sick in the last month? Name of disease ()		<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	
Are there any parts of your body that are not feeling well today? Condition ()		<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	
Have you ever had a convulsion (seizure)?		<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	
Have you ever experienced severe allergic symptoms (such as anaphylaxis) from medications or foods? Medication or food that caused the problem ()		<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	
Have you ever been sick after receiving a vaccine? Type of vaccine () Condition ()		<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	
Is there any possibility that you are currently pregnant (for example, your period is later than expected)? Or are you breastfeeding?		<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	
Have you had any vaccines within the last two weeks? Type of vaccine () Date of vaccine ()		<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	
Do you have any questions about the vaccine today?		<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	
For doctors use only	In light of the results of the questions above and examination, today's vaccine is (Possible, <input type="checkbox"/> not possible). I have explained the effects of the vaccine, side effects, and the Relief System for Injury to Health with Vaccination to the patient.		Signature and seal of doctor	
For Medical institution use only	<input type="checkbox"/> Outside the doctor's hour (time in :) <input type="checkbox"/> Non-consultation day <input type="checkbox"/> Child (under 6) <input type="checkbox"/> Opans1 <input type="checkbox"/> Opans2		*Please check by blocking in the appropriate circle.	
COVID-19 Vaccination Request Form				
After receiving a medical examination and explanation from a doctor and understanding the effects and side effects of the vaccine, do you wish to receive this vaccine? (<input type="checkbox"/> I wish to be vaccinated/ <input type="checkbox"/> I do not wish to be vaccinated)				
The purpose of this preliminary medical examination form is to ensure the safety of the vaccine.				
I understand this and consent to this Pre-Vaccination Screening Questionnaire being submitted to the municipal government, the All-Japan Federation of National Health Insurance Organizations, and the National Health Insurance Organization.		Signature of vaccinated person or their guardian Date: YYYY/ MM/ DD		
(*If the person to be vaccinated is unable to sign the form by himself/herself, a representative must sign the form, and the representative's name and relationship to the person to be vaccinated must be indicated.)		(*In the case of a person under 16 years of age, the form must be signed by the guardian; in the case of an adult ward, the form must be signed by the person himself/herself or the adult guardian.)		
Seal position	Name of vaccine and lot number	Inoculation amount	Vaccination location, name of doctor, and date of vaccination *Please fill in the medical institution code and vaccination date so that they fit within this field.	
			Vaccination location	Medical institution code
			Name of doctor	Date of vaccination *Example: April 1, 2021 → 2021/04/01 YYYY / MM / DD

よしんひょう か
予診票に書いていることを
えいごほんやく
英語に翻訳したものです。

さんこう てもと よしんひょう
これを参考に、お手元の予診票
か
書いてください。

この翻訳データは、厚生労働省のホームページに掲載されています。

【厚生労働省ホームページ】

