

+

●

# よしんひょう か 予診票の書きかた

ちゅうしゃ う ひ よしんひょう  
※注射を受ける日は、予診票を  
か も  
あらかじめ書いて、持ってきてください。

## 新型コロナワクチン接種の予診票

※太字の欄にご記入またはチェック印を入れてください

※太字の欄にのみ記入し、両面に貼ってまっすぐに貼り付けてください

住所 〒 大阪府 大阪市 区	〒 大阪府 大阪市 区
フリガナ	フリガナ
氏名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日 (西暦)	年齢 (歳)
健康状態 現在、何かの病気にかかっていますか。	医師の診断 医師の診断を受けていますか。
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"/> がん <input type="checkbox"/> その他	治療内容 <input type="checkbox"/> 薬を服用中 <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たか。 (病名)	今日、体に具合が悪いところがあるか。 (症状)
はいれ人 (おきつが) を起こしたことがあるか。	食べ物や飲み物、薬、アレルギー反応 (アナフィラキシーなど) を起こしたことがあるか。
アレルギー反応 (おきつが) を起こしたことがあるか。	アレルギー反応 (おきつが) を起こしたことがあるか。
現在妊娠している可能性がある (生理が予定より遅れているなど) がありますか。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。 (種類) (受けた日)
今日の予防接種について疑問がありますか。	
医師記入欄 以上の問診票が患者の病歴、今日の接種は <input type="checkbox"/> 可 観 <input type="checkbox"/> 否 適合する	医師署名又は署名押印
患者署名 氏名 <input type="checkbox"/> 姓 <input type="checkbox"/> 名 <input type="checkbox"/> 姓 <input type="checkbox"/> 名 <input type="checkbox"/> 姓 <input type="checkbox"/> 名	
新型コロナワクチン接種希望 医師の診断・説明を聞いて、接種の是非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、本予診票が有効で、医師の診断・説明が適切であることを確認の上、接種を受けることに同意します。	接種希望日 年 月 日 接種希望時間 時 分
ワクチン名・ロット番号	接種場所 大阪府 大阪市 区
接種回数	接種回数 回
接種開始日	接種開始日 年 月 日
接種終了日	接種終了日 年 月 日

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

※本表内にご記入またはチェック印を記入してください

※この欄に合わせ、医師によってまっとうに  
取り付けてください

医療機関に 所属している医療従事者	大阪  大阪 	
フリガナ		
氏名		
生年月日 西暦	年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
年齢	歳 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	

質問事項	回答者	医師記入欄
新型コロナウイルス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 前回の接種を受けた新型コロナウイルスの種類( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
接種点で医師の説明のある市町村と、接種券又は市上の種別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の予防接種」を読んで、効果や副作用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、何らかの病状にかかって、治療(治療など)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"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> その他( ) 治療内容: <input type="checkbox"/> 薬を服用中( ) <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
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、他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	
薬や食品などを、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・食品の名称( )	<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せんか。 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、母乳中ですか。	<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	

わく なか か  
枠の中を書いてください。

医師記入欄	以上の説明及び接種の意義、今日の接種は <input type="checkbox"/> 可 受 - <input type="checkbox"/> 不可 受	医師署名又は署名押印
医師印 別記入欄	0 接種料(受付時間) ( ) 0 休日 0 小児医療費助成 0 予防給付 0 予防給付 ※接種料は接種券に添付されています。接種料は接種券に記載されている接種料です。接種料は接種券に記載されている接種料です。	

新型コロナウイルスワクチン接種の意義

医師の説明・説明を聞き、接種の意義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、本予診票が有効な、医師の署名・捺印の必要  
及び医師の署名・捺印の必要を併せて満たされることに同意します。

接種券番号は: 年 月 日 接種券番号  
(※接種券番号は接種券に記載されています。接種券番号は接種券に記載されています。)

医師印 別記入欄	接種券 接種券番号 接種券番号 接種券番号	接種券番号 接種券番号 接種券番号	接種券番号 接種券番号 接種券番号
接種券 接種券番号 接種券番号	接種券 接種券番号 接種券番号	接種券 接種券番号 接種券番号	接種券 接種券番号 接種券番号
接種券 接種券番号 接種券番号	接種券 接種券番号 接種券番号	接種券 接種券番号 接種券番号	接種券 接種券番号 接種券番号

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 ( )			<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Nature of treatment: <input type="checkbox"/> blood-thinning medicine ( ) <input type="checkbox"/> other ( )				
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: ( <input type="checkbox"/> 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.	
<b>COVID-19 Vaccination Request Form</b>				
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】

