

予診票の書き方について

点線内だけを記入してください。
接種券(クーポン券)を貼りつけずに医療機関や会場にご持参ください。

新型コロナワクチン接種の予診票 <自治体用>

※太枠内にご記入またはチェック☑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

電話番号

診察前の体温

生年月日(西暦)

年

月

日生(満)

歳

男・女

度

分

※左隅に合わせ、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)

接種時に張り付けます。

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	
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	
『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	
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	
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() 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"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	<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、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 (☐ 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。
☐ 被接種者は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 被接種者又は保護者自署

(※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)

同封の説明書を読み、理解した上で接種される方は「接種を希望します」にチェックし、お名前をご記入ください。

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	※医療機関等コード・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。
シール貼付位置		実施場所	医療機関等コード
※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か確認	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> ml	医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
			202 年 月 日

長崎市外で接種する場合の手続き

新型コロナワクチン接種は、原則、住民票所在地の自治体で接種することとなっていますが、やむを得ない理由がある場合は、長崎市以外で接種を受けられる場合もあります。

	やむを得ない理由(例)	届出等の要否
1	基礎疾患を持つ者が市外のかかりつけ医の下で接種する場合	届出は不要 ※市外のかかりつけ医にご相談ください。
2	入院・入所者	
3	出産のために里帰りしている妊産婦	届出が必要 ※接種を受ける自治体にご提出ください。
4	単身赴任者	
5	遠隔地へ下宿している学生	
6	ドメスティック・バイオレンス(DV)、ストーカー行為等、児童虐待およびこれらに準ずる行為の被害者	届出は不要
7	災害による被害にあった者	
8	拘留または留置されている者、受刑者	

申請の方法

- 1 「住所地外接種届」を記入し、「接種券(コピー可)」と一緒に、接種を受ける自治体に提出する。

住所地外接種届け等の様式・提出先は、接種を受ける自治体へお問い合わせください。

- 2 届出を出した市町村から「住所地外接種届出済証」を受け取る。

- 3 「接種券(原本)」と「住所地外接種届出済証」等を持って接種を受ける。

※やむを得ない事情により申請が困難な場合は、申請を省略することができますので、接種を受ける自治体へお問い合わせください。