

新型コロナワクチン接種の予診票

区分：学生／教職員等

所属：

学籍番号・職員番号：

※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 市 区 村 府 県 町 村
フリガナ	
氏 名	電話 番 号 () -
生年月日 (西暦)	年 月 日 日生 (満 歳) ☐ 男・ ☐ 女
診察前の体温	度 分

※ワクチン接種後に医療機関において
貼り付けてください※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)

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)	☐ はい ☐ 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。	☐ はい ☐ 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。	☐ はい ☐ 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。 ☐ 医療従事者等 ☐ 65歳以上 ☐ 60～64歳 ☐ 高齢者施設等の従事者 ☐ 基礎疾患を有する(病名:)	☐ はい ☐ 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: ☐ 心臓病 ☐ 腎臓病 ☐ 肝臓病 ☐ 血液疾患 ☐ 血が止まりにくい病気 ☐ 免疫不全 ☐ その他() 治療内容: ☐ 血をサラサラにする薬() ☐ その他()	☐ はい ☐ 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()	☐ はい ☐ いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状()	☐ はい ☐ いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	☐ はい ☐ 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()	☐ はい ☐ 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()	☐ はい ☐ 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。	☐ はい ☐ 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()	☐ はい ☐ いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	☐ はい ☐ 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)	医師署名又は記名押印
	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。	

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)

医師記入欄	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	0 . 5 ml	実施場所 (職域)香川大学職域接種会場	医療機関等コード 3 7 0 9 9 9 0 0 6 0
	※枠に合わせて <u>まっすぐ</u> 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		医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日 2 0 2 1 年 0 月 日

受付までに、太枠内の全項目を、ボールペンで記入してください。
(フリクションペン等は不可)

区分：学生／教職員等 所属：＊＊学部
学籍番号・職員番号：21P001

新型コロナワクチン接種の予診票

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

該当する内容を記入

※ 香川大学以外の方は所属欄に企業名等を記入
※ 家族の方は所属欄に教職員名を記入

住民票に記載されている住所	香川 都 道 高松 市 区 町 村
フリガナ	カガワ タロウ
氏 名	香川 太郎
生年月日 (西暦)	2 0 * * 年 1 2 月 3 1 日生 (満 2 1 歳) ☒ 男 ☐ 女
電話番号	(090) * * * * - * * * *
診察前の体温	3 6 度 5 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)

当日の体温を自宅で測って記入

接種対象は18歳以上

※ 2003年7月以前生まれのみ

質問事項	回答欄	医師記入欄
接種対象は18歳以上 ※ 2003年7月以前生まれのみ (接種を受けたことがある場合) 1回目: 月 日、2回目: 月 日)	☒ はい ☐ 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。	☒ はい ☐ 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。	☒ はい ☐ 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。 ☐ 医療従事者等 ☐ 65歳以上 ☐ 60～64歳 ☐ 高齢者施設等の従事者 ☐ 基礎疾患を有する(病名:)	☐ はい ☒ 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: ☐ 心臓病 ☐ 腎臓病 ☐ 肝臓病 ☐ 血液疾患 ☐ 血が止まりにくい病気 ☐ 免疫不全 ☐ その他()	☐ はい ☒ いいえ	
治療内容: ☐ 血をサラサラにする薬() ☐ その他()		
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったことがありますか。	☐ はい ☒ いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状()	☐ はい ☒ いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	☐ はい ☒ 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()	☐ はい ☒ 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()	☐ はい ☒ 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。	☐ はい ☒ 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()	☐ はい ☒ いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	☐ はい ☒ いいえ	

該当する場合のみ記入

全項目のどちらか
該当する側にレ点

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 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
-------	---	------------

新型コロナワクチン接種希望書

「接種を希望します」にチェック

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。 接種日を記入

自筆で署名

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。

2021 年 7 月 * * 日

被接種者又は
保護者自署 香川 太郎

(※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)

医師記入欄	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 ※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	☐ . ☐ ml	実施場所 医師名	医療機関等コード 接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日 2 0 2 年 月 日