

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください
 ※接種される方がお子さんの場合は、保護者が記入してください

住所				
フリガナ		TEL	() -	
氏名				
生年月日 (西暦)	年 月 日生 (満 歳)	☐ 男 ☐ 女	診察前の体温	度 分

質 問 事 項	回答欄		医師記入欄
新型コロナワクチン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) 前回接種を受けた新型コロナワクチンの種類 ()	☐ はい	☐ いいえ	
「新型コロナワクチン（コミナティ）を接種される方へ」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	
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 ☐ 毛細血管漏出症候群 ☐ 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ヵ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 予防接種の種類 () 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	
1ヵ月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	
今日の新型コロナワクチン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・ ☐ 見合わせた方が良い）と判断しました 本人または保護者に対して、接種の効果、副反応及び医薬品副作用被害救済制度について 説明しました	医師署名または記名押印

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について理解した上で、接種を希望しますか ☐希望します ☐希望しません

年 月 日 被接種者または保護者自署

・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または成年後見人自署

ご記載いただいた個人情報、新型コロナワクチン接種の予診に関してのみ、使用させていただきます。

医師 記入欄	ワクチン名など	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
	ワクチン名： Lot No.： カルテNo.： ※ワクチンの有効期間（カートンに記載）について 確認してください	_____ mL	実施場所： 医師名： 接種年月日： 年 月 日