

高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種予診票

白老町定期接種用

※この用紙は、接種日現在白老町に住所を有し、かつ次の対象者以外は使用できません。

- ①65歳以上の方
- ②60～64歳で、心臓や腎臓、呼吸器の機能に障害があり身の回りの生活を極度に制限される方、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に障害があり日常生活がほとんど不可能な方。

診察前の 体温		度	分
住所	白老町	電話番号	
フリガナ		大正	年 月 日
氏名	男・女 生年月日	昭和	(歳)

質問事項	回答欄		医師記入欄
新型コロナウイルス感染症の予防接種を受けたことがありますか。 ①その際に具合が悪くなったことはありますか。 ②新型コロナウイルス感染症以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。 ③今年度(4月1日以降)に新型コロナウイルス感染症の予防接種を受けましたか。 接種日(月 日)	はい	いいえ	
今日の予防接種の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、何か病気にかかっていますか。 病名()	はい	いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか。 その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。()	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類()	はい	いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名()	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	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、今日の予防接種は(可能 ・ 見合わせる)
 本人に対して、予防接種の効果、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

医師の診察・説明を受け、予防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、予防接種の安全性の確保を目的としています。 令和 年 月 日
 このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。 被接種者自署

ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No. (注)有効期限がきれていないか確認	筋肉内接種 mL	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日