

# 新型冠状病毒疫苗接种 预诊票的填写方法

「预诊票」是  
接种前填写  
您的健康状况的资料

## 新型コロナウイルスワクチン接種の予診票（追加接種用）

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

接種券 種別	2 ( ) (予備のみ)	3 返印
接種券 番号	○の裏の○市	123456
接種券 番号	1234567890	
氏名	原田太郎	
		231234561234567890
氏名	原田太郎	
生年月日 (西暦)	年 月 日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
接種券 番号	( )	接種券 番号
実情事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナウイルスワクチンの接種を受けたことがありますか。 接種日(1回目: 年 月 日、2回目: 年 月 日) 接種を受けたワクチン( )	<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、接種券又は右上の請求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	
現在、何らかの病気に罹り、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"/> 毛細血管漏出症候群 <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	
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 ( <input type="checkbox"/> 可 照 - <input type="checkbox"/> 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。	医師署名又は記名押印
医師機関 記入欄	<input type="checkbox"/> 時間外(受付時間 : ) <input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> 小児診療未満 <input type="checkbox"/> 予備① <input type="checkbox"/> 予備② <small>※接種する場所について、マークの欄には必ずお選びください。</small>	
新型コロナウイルスワクチン接種者選考 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。( <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。		
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
シール貼付位置	実施場所	医師機関 記入欄
※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る場合は	医師名	接種年月日 (西暦) 年 月 日
		接種券番号

# 预诊票的 填写方法①

## 新型コロナワクチン接種の予診票 (追加接種用)


東京都府 市 区 町 村 〒 番 組 番 号 〒 番 組 番 号 〒 番 組 番 号		種 別 2 (口予診のみ) 3 項目 接種日 〇〇年〇〇月 123456 接種番号 1234567890 氏 名 厚生 ●●●●●●●● 太郎 性別 男 女 年齢 歳 月 日 接種前の体温 度 分
氏 名 〒 番 組 番 号 〒 番 組 番 号 〒 番 組 番 号		接種日 (1回目: 年 月 日, 2回目: 年 月 日) 接種を受けたワクチン( ) 現時点で住居のある市町村と、接種券又は右上の請求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 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"/> 毛細血管漏出症候群 <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( )
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、重いアレルギー反応(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 以上の問診及び検査の結果、今日の接種は <input type="checkbox"/> 可 観 - <input type="checkbox"/> 実施を要する 本人に対して、接種の効果、副反応及び予防接種後経過観察制度について、説明した。		医師署名又は記名押印
医師署名 氏 名 〒 番 組 番 号 〒 番 組 番 号 〒 番 組 番 号		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。( <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。 接種日 年 月 日 接種種別又は 保護者自署 (※自署できない場合は保護者が署名し、代筆者氏名及び関係者との関係を記載) (※接種者が18歳未満の場合は保護者署名、成年被保助人の場合は本人又は成年被保助人署名)		
シール貼付位置 薬特に合わせて必ずここに貼付付けてください (※有効期限が切れていないの確認ください)		実施場所 医療機関等コード 接種年月日 (医師記入例) 4月1日→4月01日 202 年 月 日

粗线的地方由您填写。

预诊票，请在接种疫苗的当天填写，并带过去。

## 预诊票的 填写方法②

※**住所** またはチェック☑を入れてください。

住民票記載されている住所	都道府県	市町村	券種	2	( <input type="checkbox"/> 予診のみ)	3	回目
フリガナ	電話番号		請求先	〇〇県〇〇市		123456	
氏名	電話番号		券番号	1234567890			
生年月日(西暦)	年	月	日生(満)	歳		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
			診察前の体温		度	分	

**体温**

**男** **女**

▼请填写 住处（您所居住的地方）、姓名（您的名字）、  
电话号码（您的电话号码）、生日（您出生的日期）、  
年龄（您的年龄）、男性或女性。

▼您的体温，请在接种的场所填写。

# 预诊票的 填写方法③

質問事項	回答欄	
新型コロナワクチンの接種を受けたことがありますか。 接種日(1回目: 年 月 日、2回目: 年 月 日) 接種を受けたワクチン( )	<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、接種券又は右上の請求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
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"/> 毛細血管漏出症候群 <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
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

请按顺序填写您的  
身体状况。

<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ

选择「是」或「不是」，  
并在□内画✓。


## 预诊票的 填写方法④


質問事項	回答欄	
新型コロナワクチンの接種を受けたことがありますか。 接種日(1回目:      年      月      日、2回目:      年      月      日) 接種を受けたワクチン(      )	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

- ▼如果接种过新型冠状病毒疫苗，请在「はい」内画「レ」。  
请填写第1次、第2次接种的日期、所接种疫苗的名称。

現時点で住民票のある市町村と、右上の請求先に記載されている市町村は同じですか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
---	--	------------------------------

- ▼您的住处如果与  
接种券上记载的市名一致的话，  
请在「はい」内画「レ」。

券 種	2	( <input type="checkbox"/> 予診のみ)	3	回目
請求先	〇〇県〇〇市		123456	
券番号	1234567890			
氏 名	厚生 ●●●●●●●● 太郎			



## 预诊票的 填写方法⑤

『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

▼请阅读「关于新型冠状病毒疫苗接种的说明书」。

▼阅读后如果理解其内容，请在「はい」内画「レ」。

简洁易懂的说明书

另有记载，请打开以下链接阅读。

<https://www.mhlw.go.jp/content/000782935.docx>

### 新型コロナワクチン予防接種についての説明書 (追加 (3回目) 接種用)

ファイザー社  
ワクチン用  
(2021年12月)

#### 新型コロナウイルスワクチン接種について

本ワクチンの接種は国と地方自治体による新型コロナウイルス (SARS-CoV-2) ワクチン接種事業の一環として行われます。本ワクチンの接種は公費対象となり、希望者は無料で接種可能です。なお、本ワクチンの追加 (3回目) 接種は 18 歳以上の方が対象です。

#### ワクチンの効果と投与方法

今回接種するワクチンはファイザー社製のワクチンです。新型コロナウイルス感染症の発症を予防します。本ワクチンの追加接種から 1 ヶ月後の中和抗体価は、2 回目の接種から 1 ヶ月後の中和抗体価よりも数倍高い値であることが報告されています。

販売名	コミナティ®筋注
効能・効果	SARS-CoV-2 による感染症の予防
接種回数・間隔	1 回 (2 回目の接種が完了してから原則 8 ヶ月以上経過した後) ※筋肉内に接種
接種対象	18 歳以上 (18 歳未満の人に対する追加接種の有効性・安全性はまだ明らかになっていません。)
接種量	1 回 0.3 mL を 1 回

## 预诊票的 填写方法⑥

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

▼没有去医院的人，或没有服用药物的人请在「いいえ」内画「レ」。

▼去医院的人，或者服用药物的人请在「はい」内画「レ」。

◆在「はい」内画「レ」的人

▼请在疾病的名称内画「レ」。不明白疾病的名称的人，请咨询医生。

## 预诊票的 填写方法⑦

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

- ▼从接种疫苗之日算起，在30天前左右期间发烧、或生病的人，请填写疾病名称。并在「はい」内画「レ」。
- ▼没用生病或发烧的人，请在「いいえ」内画「レ」。

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

- ▼接种疫苗当天生病或发烧的人，请填写发烧等身体症状。并在「はい」内画「レ」。
- ▼接种疫苗当天没有生病或发烧的人，请在「いいえ」内画「レ」。



## 预诊票的 填写方法⑧

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

▼至今为止有过「抽筋」(身体突然颤抖)的人，

请在「はい」内画「レ」。

▼没有「抽筋」(身体突然颤抖)的人，

请在「いいえ」内画「レ」。

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

▼过敏(吃东西或服用药物后，身体状况变坏)的人。

请填写造成身体状况变坏的食物名称，或药物的名称。

并在「はい」内画「レ」。

▼没有任何状况的人请在「いいえ」内画「レ」。

## 预诊票的 填写方法⑨

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

- ▼至今为止接受疫苗后，身体状况变坏，或晕倒的人，  
请填写接种疫苗的名称和身体状况。并在「はい」内画「レ」。
- ▼没有任何状况的人请在「いいえ」内画「レ」。

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

- ▼怀孕的人，或给婴儿喂母乳的人，  
请在「はい」内画「レ」。
- ▼没有的人请在「いいえ」内画「レ」。

## 预诊票的 填写方法⑩

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

- ▼从接种疫苗日算起，14天以内接受过其他疫苗的人，  
请填写接种疫苗的名称和接种日期。并在「はい」内画「レ」。
- ▼没有接受其他疫苗的人，请在「いいえ」内画「レ」。

今日の予防接種について質問がありますか。  はい  いいえ

- ▼就今天的接种的事情，如果想有所询问的话，  
请在「はい」内画「レ」。
- ▼没有想询问的人，请在「いいえ」内画「レ」。

# 预诊票的 填写方法⑪

医療機関 記入欄	<input type="checkbox"/> 時間外(受付時間 : )	<input type="checkbox"/> 休日	<input type="checkbox"/> 小児(6歳未満)	<input type="checkbox"/> 予備①	<input type="checkbox"/> 予備②
-------------	---------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	------------------------------	------------------------------

※該当する項目について、マークの形からはみ出さないように濃く塗りつぶしてください。

### 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、成年被接種者の場合は本人又は成年後見人自署)

- ▼如果您理解了今天新冠病毒疫苗的事情，或接种后所带来的影响等事宜的话，请在「接種を希望します」（希望接种）内画「レ」。
- ▼请填写今天的日期和您的姓名。