

+

よしんひょう か
予診票の書きかた

ちゅうしゃ う ひ よしんひょう
※注射を受ける日は、予診票を
 か も
あらかじめ書いて、持ってきてください。

新型コロナウイルス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。

	大阪府	大阪府	大阪府	大阪府	大阪府	大阪府	大阪府	
住所	大阪府 大阪府 大阪府						〒	1000
氏名	M V V V V V V V V V 2 0 ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ M						性別	男
生年月日	X	X	X	X	X	X	X	X

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。 接種回数 (3 回) 前回の接種日 (X X X X 年 X X 月 X X 日) 前回接種を受けた新型コロナウイルスワクチンの種類 [M-----13-----M]	はい	いいえ	
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。 [新型コロナウイルスの説明書]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	
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"/> 毛細血管障害/出血傾向 <input type="checkbox"/> その他() 治療内容 : <input type="checkbox"/> 薬をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> 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	
けいせい(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()	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せんか。 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	

以上の問診及び診察の結果、今日の接種は <input type="checkbox"/> 可 能 - <input type="checkbox"/> 具合が悪る) 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。	医師署名又は処方印
医療機関 記入欄 <input type="checkbox"/> 院内(受付欄) :) <input type="checkbox"/> 外出 <input type="checkbox"/> 小児は保護者) 予備① <input type="checkbox"/> 予備②	

新型コロナウイルス接種希望書

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、本予診票が有効な、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 接種者又は
保護者自筆

(※年齢が小さい場合は保護者が署名し、同意者名及び接種希望者の署名を捺印)
 (※接種希望者が18歳未満の場合は保護者が署名し、同意者名及び接種希望者の署名を捺印)

ワクチン名・ロット番号	接種量	接種場所	医師署名
ワクチン名・ロット番号	接種量	接種場所	医師署名
医師に合わせて正しく 貼り付けてください (注)有効期限が切れている場合は			

接種年月日 ※記入例 4月1日→04月01日
 2022 年 04 月 01 日

か
書くところ

新型コロナワクチン接種の予診票

大阪府 大阪府 大阪 区 村 MVVVVVVVVV20^AAAAAAAAAM		2 (口字跡のみ) 4 大阪府 大阪府 大阪府 2-10-10-2 MVVV10^AAAM XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
氏名 MVVV10^AAAM	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢 歳 分
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 (3 回) 前回の接種日 (XXXX年 XX月 XX日) 前回接種を受けた新型コロナワクチンの種類 (M-----13-----M)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
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。 「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	<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"/> 血圧疾患 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい病気 <input type="checkbox"/> 免疫不全 <input type="checkbox"/> 毛細血管出血傾向 <input type="checkbox"/> その他() 治療内容: <input type="checkbox"/> 薬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	<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	<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	<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	<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	<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	<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	<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	<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	<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 用 <input type="checkbox"/> 具合わる	医師署名又は記名押印	
医療機関 記入欄 <input type="checkbox"/> 特別外(受付時間) () () <input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> 小児科(未受領) <input type="checkbox"/> 予備① <input type="checkbox"/> 予備②	<small>※接種券は接種会場へ持参し、接種当日は接種券と併せて接種会場へ持参してください。</small>	
新型コロナワクチン接種再確認書 医師の診察・問診を受け、接種の安全性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 医師に合わせて正しく貼り付けてください <small>(注)有効期限が切れている場合があります</small>	接種場所 医師名 接種年月日 年 月 日	医師署名又は記名押印 医療機関コード 接種年月日 年 月 日 接種券番号 4月1日→4月21日 202 年 月 日

わく なか か
枠の中を書いてください。

よしんひょう
予診票
えいごばん
(英語翻訳版)

Pre-Vaccination Screening Questionnaire for COVID-19 Vaccine (Booster shot)

*Please fill in or check the boxes inside the bold frame

(space for your vaccination voucher / sticker)

注意：
本予診票を用いて請求を行うことは
できません。
日本語の予診票に転記の上、請求を行
ってください。

Address on the resident card	Prefecture		City	
Address				
Name	Phone No.	()		
Date of birth	Year / Month / Day (years old)	<input type="checkbox"/> male <input type="checkbox"/> female	Body temperature before examination	Degrees Celsius
Question		Response field		Field filled in by doctor
Have you ever received the COVID-19 vaccine before? (If yes, date of 1st dose: YYYY/ MM/ DD, date of 2nd dose: YYYY/ MM/ DD) (Vaccine)		<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	
Is the city, town, or village where you currently reside the same as the city, town, or village stated on the coupon?		<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	
Have you read the "Instructions for the COVID-19 vaccine" and do you understand the effects and adverse side effects?		<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	
Are you currently suffering from any kind of illness and receiving treatment or medication? Name of disease: <input type="checkbox"/> heart disease <input type="checkbox"/> kidney disease <input type="checkbox"/> liver disease <input type="checkbox"/> blood disease <input type="checkbox"/> disease that makes it difficult to stop bleeding <input type="checkbox"/> immune deficiency <input type="checkbox"/> capillary leak syndrome <input type="checkbox"/> other () Nature of treatment: <input type="checkbox"/> blood-thinning medicine () <input type="checkbox"/> other ()		<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	
Have you had a fever or gotten sick in the last month? Name of disease ()		<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	
Are there any parts of your body that are not feeling well today? Condition ()		<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	
Have you ever had a convulsion (seizure)?		<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	
Have you ever experienced severe allergic symptoms (such as anaphylaxis) from medications or foods? Medication or food that caused the problem ()		<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	
Have you ever been sick after receiving a vaccine? Type of vaccine () Condition ()		<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	
Is there any possibility that you are currently pregnant (for example, your period is later than expected)? Or are you breastfeeding?		<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	
Have you had any vaccines within the last two weeks? Type of vaccine () Date of vaccine ()		<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	
Do you have any questions about the vaccine today?		<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	
For doctors use only	In light of the results of the questions above and examination, today's vaccine is: (Possible, <input type="checkbox"/> Not possible). I have explained the effects of the vaccine, side effects, and the Relief System for Injury to Health with Vaccination to the patient.		Signature and seal of doctor	
For Medical institution use only	<input type="checkbox"/> Outside the doctor's hour (time in :) <input type="checkbox"/> Non-consultation day <input type="checkbox"/> Child (under 6) <input type="checkbox"/> Opans1 <input type="checkbox"/> Opans2		*Please check by blocking in the appropriate circle.	
COVID-19 Vaccination Request Form				
After receiving a medical examination and explanation from a doctor and understanding the effects and side effects of the vaccine, do you wish to receive this vaccine? (<input type="checkbox"/> I wish to be vaccinated/ <input type="checkbox"/> I do not wish to be vaccinated)				
The purpose of this preliminary medical examination form is to ensure the safety of the vaccine.				
I understand this and consent to this Pre-Vaccination Screening Questionnaire being submitted to the municipal government, the All-Japan Federation of National Health Insurance Organizations, and the National Health Insurance Organization.		Signature of vaccinated person or their guardian Date: YYYY/ MM/ DD		
(*If the person to be vaccinated is unable to sign the form by himself/herself, a representative must sign the form, and the representative's name and relationship to the person to be vaccinated must be indicated.)		(*In the case of a person under 16 years of age, the form must be signed by the guardian; in the case of an adult ward, the form must be signed by the person himself/herself or the adult guardian.)		
Seal position	Name of vaccine and lot number	Inoculation amount	Vaccination location, name of doctor, and date of vaccination *Please fill in the medical institution code and vaccination date so that they fit within this field.	
			Vaccination location	Medical institution code
			Name of doctor	Date of vaccination *Example: April 1, 2021 ~2021/04/01 YYYY / MM / DD

よしんひょう か
予診票に書いていることを
えいご ほんやく
英語に翻訳したものです。

さんこう てもと よしんひょう
これを参考に、お手元の予診票
か
書いてください。

この翻訳データは、厚生労働省のホームページに掲載されています。

【厚生労働省ホームページ】

