

+  
•  
○

# How to write a "Questionnaire" to receive an injection of a new coronavirus vaccine

## A "Questionnaire" is a document that describes your health condition before receiving an injection.

### 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区を入れてください。

接種回数	2	( <input type="checkbox"/> 予診のみ)	3	回目
接種日	○の欄に○印		123456	
接種番号	1234567890			
氏名	太郎		 231234561234567890	
性別	男		女	
年齢	〇〇歳〇〇分 〇〇歳〇〇分			

市区町村	新 潟 市 区 町 村
氏名	姓 名
生年月日 (西暦)	年 月 日 日生 (漢) 〇〇歳
性別	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>
接種前の体温	〇〇度 〇〇分

質問事項	はい	いいえ
新型コロナウイルス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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
現時点で住居のある市区町村と、接種券又は右上の請求先に記載されている市区町村は同じですか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
『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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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、病気に罹ったりしましたが、病名( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>
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)がありますか。または、授乳中ですか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>
今日の予防接種について質問がありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

接種記入欄	以上の状態及び検査の結果、今日の接種は( <input type="checkbox"/> 可 〇 - <input type="checkbox"/> 具合が悪い ) 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の要否について、説明した。	医師署名又は記名押印
接種後記入欄	<input type="checkbox"/> 帰国後(受付時間 : ) 〇日 <input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> 小休(午後欠席) <input type="checkbox"/> 予休 <input type="checkbox"/> 予休中	

新型コロナウイルス接種者証書

医師の診断・印印を受け、接種の結果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますが、(  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。

このことを前提の上、本予診票が市区町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険医療連合会に提出されることに同意します。

接種者又は保護者自筆

年 月 日

(※任意で本人の署名が確認し、接種券及び本人の署名と一致するかどうかを確認してください。)

ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所	実施年月日
接種券に記入してください			
同時に合わせて記入してください		医師名	
(※)有効期限が切れている場合は			

接種年月日 接種回数 4月1日～4月31日

2022年 〇〇月 〇〇日

# How to fill Out the Questionnaire

①

**新型コロナウイルスワクチン接種の予診票 (追加接種用)**

年齢	2	<input type="checkbox"/> 子供の年齢	3	性別	
接種日	〇〇年〇〇月〇〇日		123456		
接種番号	1234567890				
氏名	先生 ●●●●●●		太郎		
生年月日 (西暦)	年	月	日	日生 (漢)	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 接種前の体調
接種日 (1回目)	年	月	日	接種を受けたワクチン	
接種日 (2回目)	年	月	日		
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、何らかの病状にかかって、治療 (投薬など) を受けていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
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 ( )	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
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) がありますか。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			
接種後 以上のお話及び接種の結果、今日の接種は <input type="checkbox"/> 可 継 <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推進推進費徴収制度について、説明した。	医師署名又は副医師印				
接種場所 記入欄	<p><b>新型コロナウイルス接種推進費</b></p> <p>医師の説明・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</p> <p>この予診票は、接種の安全性の確保を目的としています。</p> <p>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医療協議会に提出されることに同意します。</p> <p>接種者又は 接種者自身 (※接種できない場合は接種者自身が署名し、接種者又はその関係者から医師に提出)</p> <p>接種者または接種者の署名 (接種者自身、または接種者本人またはその関係者)</p>				
医師記入欄	接種券コード	実施機関	接種施設コード	接種年月日	実施機関
医師に合わせて必ず正しく 貼り付けてください (※) 有効期限が切れていないことを確認		医師名		2022年 月 日	



Fill out all sections within red dotted lines.

Please fill out and bring the Questionnaire on the day you receive the injection.

## How to fill Out the Questionnaire

②

※大 **Address** またはチェック☑を入れてください。

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																		
氏名	フリガナ			 2															
氏名	氏名																		
生年月日 (西暦)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日生 (満	<input type="text"/>	<input type="text"/>	歳)	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	診察前の体温	<input type="text"/>	<input type="text"/>	度	<input type="text"/>	分

**Telephone Number**

**Name**

**Body Temperature**

**Age**

**Male Female**

**Birthday**

- ▼ Please fill out your address, name, phone number, date of birth, age, male or female.
- ▼ Write down your body temperature at the place where you will receive the injection.

## How to fill Out the Questionnaire

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

Write down your physical condition.

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

Write a ✓ in the □ of either "Yes" or "No".

## How to fill Out the Questionnaire


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

▼ If you have ever been injected with a new corona vaccine, please write a ✓ in the  of "Yes". Write the dates of the first and second shots and the name of the vaccine you received.

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

▼ If the area where you live is the same as the city name on your vaccination coupon is  
Write a ✓ in the  of "Yes".

申 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			



How to fill  
Out the  
Questionnaire  
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

▼ Please read the “Explanation about the New Coronavirus Vaccination”.

▼ After reading, write a ✓ in the □ of "Yes".

An easy-to-understand manual is written separately, so please have a look.

<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 <sup>®</sup> 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



## How to fill Out the Questionnaire

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

▼ If you are not seeing a doctor or are not receiving medication, please write a ✓ in the  of "No."

▼ If you are seeing a doctor or taking medication, please write a ✓ in the  of "Yes".

◆ If you wrote a ✓ in the  of "Yes", please write a ✓ in the  of the name of your illness. If you don't know the name of the illness, ask your doctor.

## How to fill Out the Questionnaire

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

- ▼ If you got a fever or got sick about 30 days before getting your shot, write the name of the illness. \_\_\_\_\_ Please write a ✓ in the  of "Yes".
- ▼ If you do not have any illness or fever, write a ✓ in the  of "No". \_\_\_\_\_

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

- ▼ If you have an illness or fever on the day you are getting your shot, write down your physical condition such as fever. \_\_\_\_\_ Please write a ✓ in the  of "Yes". \_\_\_\_\_
- ▼ If you do not have any illness or fever on the day you receive the injection, write a ✓ in the  of "No". \_\_\_\_\_



How to fill  
Out the  
Questionnaire

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

▼If you've had "convulsions" (body suddenly shaking), write a ✓ in the  of "Yes".

▼If you haven't had "convulsions" (body suddenly shaking), write a ✓ in the  of "No".

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

▼If you are allergic (you get sick after eating or taking medicine), write the name of the food or medicine that made you sick and the symptoms.

write a ✓ in the  of "Yes".

▼ If you have nothing, write a ✓ in the  of "No".

How to fill  
Out the  
Questionnaire

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

- ▼ If you have gotten sick or collapsed after getting a shot, write the name of the medicine injected and your condition afterwards. Write a ✓ in the  of "Yes".
- ▼ If there was nothing, write a ✓ in the  of "No".

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

- ▼ If you are pregnant or breastfeeding, write a ✓ in the  of "Yes".
- ▼ If you are not, write a ✓ in the  of "No".

How to fill  
Out the  
Questionnaire

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

- ▼ If you have received any other vaccine within the last 2 weeks, write the name of the vaccine and the date when you got it. Write a ✓ in the  of "Yes".
- ▼ If you have not received any other vaccine, please write a ✓ in the  of "No".

今日の予防接種について質問がありますか。  はい  いいえ

- ▼ If you have any questions about today's shot, please write a ✓ in the  of "Yes".
- ▼ If you do not have any questions, please write a ✓ in the  of "No".

# How to fill Out the Questionnaire

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、マークの形から読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)

▼ After understanding the new coronavirus injection you will receive today and the effects after the injection, write a ✓ in "  I want to be vaccinated " .

▼ Write today's date and your name.