



無料

## 新型コロナ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。

住民票に記載されている住所			
アリガタ	電話番号	( )	—
氏名			
生年月日(西暦)	(満) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歳	**性別	診察前の体温 <input type="text"/> <input type="text"/> 度 <input type="text"/> 分

券種	2 <input type="checkbox"/> (□予診のみ)	7 <input type="checkbox"/> 回目
請求先	長野県軽井沢町	
券番号		
氏名		

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(コナ_6回) 前回の接種日( **新型コロナ_6回目_接種日 )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
前回接種を受けた新型コロナワクチンの種類( **新型コロナ_6回目_ワクチン名 )		
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、病気にかかってしましたか。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	

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"/> 可能 <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
-------	---	------------

医療機関記入欄	<input type="radio"/> 時間外(受付時間 : ) <input type="radio"/> 休日 <input type="radio"/> 小児(6歳未満) <input type="radio"/> 予備① <input type="radio"/> 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。	被接種者又は 年 月 日 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又は成年後見人自署)
----------------------------	---

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	※医療機関等コード・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。
シール貼付位置	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ml	実施場所 医師名	医療機関等コード 接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日 2 0 2 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 (注)有効期限が切れていないか確認

〒 389-0192

長野県北佐久郡軽井沢町

軽井沢 花子 様

新型コロナウイルスワクチン  
予防接種券

長野県軽井沢町

新型コロナウイルスワクチンを受けられます。

費用負担はありません。

接種を受けるときは、

この用紙と予診票を忘れずにお持ちください。

この書面は、あなたが7回目のワクチン接種をした事実を証明する大事な書面ですので、接種後、大切に保管してください。

新型コロナウイルスワクチン 予防接種済証(臨時接種)  
Certificate of Vaccination for COVID-19

あなたの接種券番号:

7回目	メーカー/Lot No (シール貼付け)	氏名	
接種年月日		住 所	
年			
月 日		生年月日	生

長野県軽井沢町長 土屋 三千夫

## 新型コロナワクチン接種記録

	接種年月日	メーカー	Lot No.
1回目			
2回目			
3回目			
4回目			
5回目			
6回目			

※ 上記「新型コロナワクチン接種記録」欄に\*が表記されている方の接種記録については、接種時に住民票のあった市町村から発行された接種済証、接種記録書等によって証明されます。