

新型コロナウイルス感染症予防接種予診票(広域用)

【B類定期用】

下関市

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

診察前の体温 _____ 度 分

| | | | | | | | | |
|---------------|-----|---|------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|---|--|
| フリガナ 氏名 | | <input type="checkbox"/> 男 | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 明治 | <input type="checkbox"/> 大正 | <input type="checkbox"/> 昭和 | 年 月 日 満 歳 | |
| | | <input type="checkbox"/> 女 | | | | | | |
| 住民票のある住所 | 下関市 | | | | | | <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60～64歳の方で、予防接種法に掲げる障害のある方 ※1 | |
| 料金(一部自己負担) ※2 | | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし(生活保護受給者) ※3 | | なしの場合 | | <input type="checkbox"/> 生活保護受給者証確認済 | | |

- ※1 60～64歳の方で、予防接種法に掲げる障害(心臓、じん臓、又は呼吸器の機能に障害があり、日常生活が極度に制限される方、及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に障害があり日常生活がほとんど不可能な方(身体障害者手帳1級程度))のある方の場合は、身体障害者手帳の写しを予診票に添付すること
- ※2 県外の人と対象年齢外の人及び2回目の接種の人は対象外(全額自己負担)となります
- ※3 生活保護受給者は一部自己負担なし

| 質問事項 | 回答欄 | | 医師記入欄 |
|---|-----|-----|-------|
| 今日受ける予防接種について下関市から配られている説明書を読みましたか | 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 | |
| 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 | |
| 最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか 病名・いつ頃() | はい | いいえ | |
| 1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名() | 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よいと言われましたか | はい | いいえ | |
| 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などにかかったことがありますか 病名() | はい | いいえ | |
| けいれんをおこしたことがありますか | 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 | |
| 免疫不全と診断されたことがありますか | はい | いいえ | |
| 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 その際に具合が悪くなったことはありますか | はい | いいえ | |
| 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 | 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 (<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 見合わせる) | 医師署名又は記名押印 |
| | 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ました。 | |

| | | |
|----------|--|--|
| 被接種者の記入欄 | (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入して下さい) 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。 このことを理解のうえ、本予診票が下関市に提出されることに同意します。 医師の診察・説明を受け、新型コロナウイルス感染症の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。 (<input type="checkbox"/> 接種を希望します ・ <input type="checkbox"/> 接種を希望しません) _____ 年 _____ 月 _____ 日 被接種者署名 _____ 代筆者 _____ (続柄 _____) ※ 自署できない方は、代筆者が必ず被接種者署名及び代筆者氏名、続柄の記入をお願いします。 ただし、代筆者は予防接種実施医療機関の医師・看護師は不可。 | |
|----------|--|--|

| ワクチンロット番号 | 接種量 | 実施場所・医師名 | 接種(見合わせ)年月日 |
|------------------|-----|----------|-------------|
| ワクチン名 Lot No. | | 実施場所 | (西暦) |
| (有効期限を確認) | ml | 医師名 | 年 月 日 |