

令和6年度 新型コロナウイルス感染症予防接種予診票

自己負担額
2,500円

住所

氏名

年齢	満 歳
電話番号	

【対象者】 接種日現在、65歳以上の方(64歳の方は65歳の誕生日の前日から対象)
 60歳～64歳で心臓・腎臓・呼吸器・免疫機能障害がある身体障害者手帳1級相当の方(59歳の方は60歳の誕生日の前日から対象)
 ◆接種の際に右上の自己負担額を実施医療機関でお支払いください。

(注)体温は医療機関ではかります。※印は医師の記入欄です。

下の太枠内の質問項目に必要事項を記入し、回答欄のどちらかに○をつけてください

質問事項	診察前の体温		※医師記入欄
	度	分	
1 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。 ①その際に具合が悪くなったことはありますか。 ②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	
2 今日受ける新型コロナウイルス感染症の予防接種について、区からの説明文を読みましたか。	いいえ	はい	
3 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。	いいえ	はい	
4 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	
5 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()	はい	いいえ	
6 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名() その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい	いいえ	
7 現在、ほかに何か病気にかかっていますか。病名() 治療(ステロイド剤やその他の投薬など)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もよいといわれましたか。	はい	いいえ	
8 ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
9 薬や食品で、皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
10 1か月以内に予防接種を受けましたか。予防接種名() 接種日 / ()	はい	いいえ	
11 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（実施できる・見合わせたほうがよい）と判断します。
 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、説明をしました。

医師署名又は記名押印



新型コロナウイルス感染症予防接種希望書（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ください。）

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応について理解した上で、**接種を希望します。**
 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。
 このことを理解の上、本予診票が区に提出されることに同意します。

(西暦) 年 月 日

被接種者署名

代筆者氏名

続柄

(自署できない方は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

使用ワクチン	接種量	実施場所・接種医師名・接種年月日
Lot No.	ml	実施機関名・住所・電話番号
	接種部位	
	左・右	接種医師名
(注)有効期限が切れていないか要確認		接種年月日 (西暦) 年 月 日

接種期間 令和6年10月1日から令和7年3月31日まで

※中野区から転出した場合はこの予診票を使用できません