

(60歳以上65歳未満の者で心臓、じん臓若しくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有し、その障害の程度が身体障害者1級相当の方を含む。)

◆医療機関確認・記入欄

実施年月日	令和 年 月 日	予診結果	1 接種 2 中止	自己負担免除確認 ※自己負担無の場合のみ 持参した書類にチェック ※予診票への添付は不要	<input type="checkbox"/> 介護保険料通知 <input type="checkbox"/> 世帯で一番収入が多い方の課税証明書 <input type="checkbox"/> 生活保護証明、医療券等 <input type="checkbox"/> その他 ()
-------	----------	------	-----------	---	--

●太枠内を漏れなく記入してください。

自己負担の有無	有	無	※自己負担額なしの対象者			<input type="radio"/> 生活保護を受給している方 <input type="radio"/> 中国残留邦人等支援法による支援給付を受給している世帯の方 <input type="radio"/> 世帯全員が市民税非課税の方		
診察前の体温	度 分							
住民票上の住所	静岡市							
フリガナ				性別	男	生年月日	明治	年 月 日
氏名				女			大正	(満 歳)
							昭和	

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日の新型コロナウイルス感染症の予防接種について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	
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もよいと言われましたか。	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	
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はありますか。	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。	はい	いいえ	
①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	
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	
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	
1カ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 ()	はい	いいえ	
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 ()	はい	いいえ	
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言われましたか。	はい	いいえ	
最近1カ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、今日の予防接種は右記のとおり判断します。	(実施できる・見合わせる)
	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、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、本予診票が静岡市に提出されることに同意します。※自署できない場合は、代筆者が被接種者名を①に署名し、②③を記入して下さい。	令和 年 月 日 ① 被接種者 自署 ② 代筆者 氏名 ③ 続柄

ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名
ワクチン名	筋肉内接種	実施場所
Lot No.		医師名
(注)有効期限がきれていないか確認		ml