

新型冠状病毒疫苗接种的预诊票

※请在粗框内填写或勾选☑

※左隅に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください

(クーポン貼付)

住民票上記載の地址	都 道 市 区 府 县 町 村	
片假名	姓名	电话号码 () -
出生年月(公历)	出生(満) 岁	<input type="checkbox"/> 男 · <input type="checkbox"/> 女
		診察前の体温 <input type="text"/> . <input type="text"/> °C

提问事项	回答栏	医生填写栏
请问您是首次接种新型冠状病毒疫苗吗? (接种过新冠疫苗 第一次: 月 日、第二次: 月 日)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	
目前持有住民票的市町村与接种券上记载的市町村相同吗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	
您是否阅读了《新型冠状病毒疫苗说明书》, 并对其效果和副反应了解了么?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	
您符合接种顺序的上位对象群体吗? <input type="checkbox"/> 医务工作者等 <input type="checkbox"/> 65岁以上 <input type="checkbox"/> 60~64岁 <input type="checkbox"/> 老年院等设施的护理从业人员 <input type="checkbox"/> 有基础疾病(病名:)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	
您目前正在接受疾病的治疗(药物治疗等)吗? 病 名: <input type="checkbox"/> 心脏病 <input type="checkbox"/> 肾病 <input type="checkbox"/> 肝病 <input type="checkbox"/> 血液疾病 <input type="checkbox"/> 血难以止住凝血功能障碍 <input type="checkbox"/> 免疫缺陷 <input type="checkbox"/> 其它() 治疗内容: <input type="checkbox"/> 促进血液循环顺畅的药() <input type="checkbox"/> 其它()	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	
治疗医生是否同意您今天可以接种疫苗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	
最近一个月内发烧或生过病吗? 病名()	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	
今天身体有不舒服的地方吗? 症状()	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	
身体有抽搐过的情况吗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	
您是否曾经对药物或食物产生过严重的过敏反应(过敏症状等)? 药物·食物等原因()	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	
至今为止有打过预防针之后出现过身体不舒服的情况吗? 种类() 症状()	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	
您目前可能怀孕(例如月经推迟)吗? 或者正在哺乳期吗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	
您是否在2周内接种过疫苗接种? 种类() 接种日期()	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	
您对今天的新冠疫苗接种有疑问吗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	

医生填写栏	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)	医師署名又は記名押印
	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。	

新型冠状病毒疫苗接种申请书

接受了医生的检查和说明, 理解了疫苗接种的效果和副反应等之后, 希望接种吗? (希望接种疫苗 · 不希望接种疫苗)

这张预诊票的目的是为了确保接种新冠疫苗的安全性。

基于理解的基础上, 本预诊票由市町村、国民健康保险中央会以及同意提交给国民健康保险团体联合会。

年 月 日 疫苗接种者签名

(※如果您不能自己签名由代笔人签名, 必须填写代笔人姓名及与被接种者的关系)
(※如果被接种者为成年被监护人时, 由本人或成年监护人自己签名)

医生填写栏	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="text"/> . <input type="text"/> ml	実施場所	医療機関等コード
	※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください (注)有効期限が切れていないか確認		医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
			202 年 月 日	