

新型コロナワクチン接種の予診票の書き方

- 太枠内を記入してください
- **予診票は接種会場（医療機関）に来る前に記入**しておいてください。

新型コロナワクチン接種の予診票

※太枠内には記入またはクーポン券を貼ってください。 ※左側に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください。

住所（都道府県市区町村）
 氏名
 生年月日（西暦）
 性別
 診察前の体温

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初めて受けますか。 (接種を受けたことがある場合 1回目: 月 日、2回目: 月 日)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現時点で住民票のある市町村と、クーポン券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	
接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。 <input type="checkbox"/> 医療従事者等 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60~64歳 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等の従事者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する(病名:)	<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"/> その他() 治療内容: <input type="checkbox"/> 薬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	
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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 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	

以上の問診及び診察の結果、今日の接種は { 可能 見合わせる } 医師署名又は記名押印

医師記入欄 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。
 被接種者は6歳未満である(該当する場合は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。

このことを理解の上、本予診票が市町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。

被接種者又は保護者(未成年者)の署名
 年 月 日

医師記入欄

実施場所
 シール貼付位置
 ※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

医療機関等コード
 接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
 2022年 月 日

※会場（医療機関）に来てから書き始めた場合、予約した時間に間に合わなくなるおそれがあります。

※現在、医療機関で治療中（投薬など）の方は、可能な限り **接種会場（医療機関）に来るまでにかかりつけ医に接種を受けてよいか相談してください。**

接種会場（医療機関）に来るまでに相談できていなかった場合、接種当日に接種会場（医療機関）で医師が接種できるかどうかの判断を行うためにかなり時間がかかる場合や接種が行えない（見合わせ）となる場合がありますのでご注意ください。

- クーポン券は貼らないでください。クーポン券は台紙からはがさずに台紙ごと接種会場（医療機関）へお持ちください。

新型コロナワクチン接種の予診票の書き方

●住所氏名等を記入してください。

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

※左側に合わせ、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)

住民票に記載されている住所	都 道 市 区 府 県 町 村	
フリガナ 氏 名	電話 番 号	() -
生年月日 (西暦)	年 月 日 日生 (満 歳)	☐男・☐女 診察前の体温 度 分

- 住民票の住所を記入してください。
- フリガナ、氏名を記入してください。
- 日中に連絡の取れる電話番号を記入してください。
- 生年月日を西暦で記入してください。
- 年齢は接種日当日の年齢を記入してください。
- 性別にチェックしてください。
- 診察前の体温は接種会場（医療機関）で測定した体温を記入してください。

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

貼付付けてください (クーポン貼付)

住民票に記載されている住所	都 道 市 区 府 県 町 村
フリガナ 氏 名	電話 番 号 () -
生年月日 (西暦)	年 月 日 日生 (満 歳) ☐男・☐女 診察前の体温 度 分

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初めて受けますか。 (接種を受けたことがある場合 1回目: 月 日、2回目: 月 日)	☐ はい ☐ いいえ	
現時点で住民票のある市町村と、クーポン券に記載されている市町村は同じですか。	☐ はい ☐ 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。	☐ はい ☐ いいえ	
接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。 ☐医療従事者等 ☐65歳以上 ☐60～64歳 ☐高齢者施設等の従事者 ☐基礎疾患を有する(病名:)	☐ はい ☐ 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: ☐心臓病 ☐腎臓病 ☐肝臓病 ☐血液疾患 ☐血が止まりにくい病気 ☐免疫不全 ☐その他() 治療内容: ☐血をサラサラにする薬() ☐その他()	☐ 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ヶ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、体に具合が悪いところがありますか。 症状()	☐ はい ☐ いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	☐ はい ☐ 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()	☐ はい ☐ 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()	☐ はい ☐ 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。	☐ はい ☐ 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()	☐ 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、今日の接種は(☐可能・☐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。 ☐ 被接種者は6歳未満である(該当する場合は塗りつぶしてください)	医師署名又は記名押印	

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。

このことを理解の上、本予診票が市町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。

被接種者又は保護者自署
年 月 日
(※自署で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、成年被保護者の場合は本人又は成年被保護者自署)

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
シール貼付位置	ml	医師名	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		接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日	
		202 年 月 日	

新型コロナワクチン接種の予診票の書き方

●質問事項を記入してください

- 網掛けになっている所にチェックがある場合、接種当日に接種会場（医療機関）で医師が接種できるかどうかの判断を行うためにかなり時間がかかる場合や接種が行えない（見合わせとなる）場合があります。

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。

住居票に記載されている住所
都 道 市 区 府 県 町 村

フリガナ
氏 名

電話番号 () - -

生年月日 (西暦) 年 月 日 日生 (満 歳) 男・女 診察前の体温 度 分

※左側に合わせ、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)

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初めて受けますか。 (接種を受けたことがある場合 1回目: 月 日、2回目: 月 日)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現時点で住民票のある市町村と、クーポン券に記載されている市町村は同じですか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ	
接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。 <input type="checkbox"/> 医療従事者等 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60~64歳 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等の従事者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する(病名:)	<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"/> その他()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他()		
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と言われましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名()	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ	
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		
医師記入欄 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。 <input type="checkbox"/> 被接種者は6歳未満である(該当する場合は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。

このことを理解の上、本予診票が市町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。

年 月 日 被接種者又は保護者自署

(※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捺印を記録)(※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被保見人の場合は本人又は成年被保見人自署)

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
シール貼付位置	ml	実施場所 医療機関等コード 接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日 2022年 月 日

※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

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初めて受けますか。 (接種を受けたことがある場合 1回目: 月 日、2回目: 月 日)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

- 初めてなら「はい」にチェックしてください。
- 今回が2回目の場合は「いいえ」にチェックして、1回目の接種日を接種済証を確認して記入してください。

※接種済証は接種券の右側です。

※2回接種済みの場合、接種できません。

現時点で住民票のある市町村と、クーポン券に記載されている市町村は同じですか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
--	---	--

- 同じであれば「はい」にチェックしてください。
- 異なる場合は、接種には住民票のある市町村が発行するクーポン券が必要です。住民票のある市町村へ相談してください。

「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 checked="" type="checkbox"/> いいえ	
--	---	--

- 接種券と同封の説明書を読み、ご理解いただけたら「はい」にチェックしてください。
- 「いいえ」にチェックした場合、原則として接種できません。

- 説明書が手元にはない場合は厚生労働省ホームページに掲載されています。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine_yoshinhyouetc.html



新型コロナワクチン接種の予診票の書き方

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。

住所欄に記入されている住所
都 道 市 区 府 県 町 村

フリガナ
氏 名 ()
電話番号 ()

生年月日 (西暦) 年 月 日 日生 (満 歳) 男・女 診察前の体温 度 分

※左側に合わせ、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)

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初めて受けますか。 (接種を受けたことがある場合 1回目: 月 日、2回目: 月 日)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現時点で住民票のある市町村と、クーポン券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	
接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。 <input type="checkbox"/> 医療従事者等 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60~64歳 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等の従事者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する(病名:)	<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"/> 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	
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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 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	

以上の問診及び診察の結果、今日の接種は 可能 見合わせる 医師署名又は記名押印

医師記入欄
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。
 被接種者は6歳未満である(該当する場合は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。
このことを理解の上、本予診票が市町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。

年 月 日 被接種者又は保護者自署
(※自署で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捺印を記載)
(※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被保護者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
シール貼付位置	ml	医師名	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		接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日 2022年 月 日	

接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。
 医療従事者等 65歳以上 60~64歳 高齢者施設等の従事者
 基礎疾患を有する(病名:)

はい いいえ

- 対象に当てはまる場合は「はい」にチェックして、該当する項目にチェックしてください。
- 当てはまらない場合は「いいえ」にチェックしてください。
- 「基礎疾患を有する」の基準は、自分が該当するかよくわからない場合はかかりつけ医に相談してください。(証明書や診断書等は必要ありません。)

※基礎疾患について詳しくは厚生労働省のホームページをご覧ください。
<https://www.cov19-vaccine.mhlw.go.jp/qa/0034.html>



新型コロナワクチン接種の予診票の書き方

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"/> その他()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
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
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。	
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

- 通院や治療中の病気がなければ「いいえ」にチェックしてください。
- 病院へ通院している場合、「はい」にチェックし、「病名」、「治療内容」の該当する項目にチェックしてください。
- 「はい」にチェックがある場合、可能な限り前もってかかりつけ医に接種を受けてよいか相談してください。「受けてよい」と言われた場合、下段の「その病気を診てもらっている医師に今日の接種を受けてよいと言われましたか」の項目の「はい」にチェックしてください。

※接種会場（医療機関）に来るまでに相談できていなかった場合、接種当日に接種会場（医療機関）で医師が接種できるかどうかの判断を行うためにかなり時間がかかる場合や接種が行えない（見合わせとなる）場合がありますのでご注意ください。

- 血をサラサラにする薬を飲んでいる方は血をサラサラにする薬にチェックして、飲んでいる薬の名前を（ ）内に記入してください。

※よくわからない場合は、前もってかかりつけ医やかかりつけ薬局に相談したり、接種会場（医療機関）に薬手帳を持参してください。

※血をサラサラにする薬を飲んでいる方は、飲んでいる薬によっては、出血すると血が止まりにくいことがあるので、予診票でお薬の種類をおたずねしています。（接種を受けることはできます。）

血をサラサラにする薬を飲んでいる方について詳しくは厚生労働省ホームページをご覧ください。



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印を入れてください。

住居票に記載されている住所	都道府県	市区町村	※左側に合わせ、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)
フリガナ 氏名	電話番号	()	
生年月日(西暦)	年	月	日生(満)
歳	男	女	診察前の体温

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初めて受けますか。 (接種を受けたことがある場合 1回目: 月 日、2回目: 月 日)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現時点で住民票のある市町村と、クーポン券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、効果や副作用などについて理解しましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。 <input type="checkbox"/> 医療従事者等 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60~64歳 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等の従事者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する(病名:)	<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"/> 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	
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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 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	

以上の問診及び診察の結果、今日の接種は 可能 見合わせる 医師署名又は記名押印

医師記入欄 本人に対して、接種の効果、副作用及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。
 被接種者は6歳未満である(該当する場合は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、接種の効果や副作用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。

年 月 日 被接種者又は保護者(署名)

このことを理解の上、本予診票が市町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。
(※被接種者が16歳未満の場合は保護者(署名)、成年被保険者の場合は本人又は成年後見人(署名))

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	ml	医師名	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			接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
			2022年 月 日

(2021. 4. 20)

<https://www.mhlw.go.jp/content/000766197.pdf>

新型コロナワクチン接種の予診票の書き方

最近1ヶ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

- 該当がなければ「いいえ」にチェックしてください。
- 該当がある場合は「はい」にチェックして、() 内に病名を記入してください。

今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状() はい いいえ

- 接種当日、特に普段の体調と変わりがなければ「いいえ」にチェックしてください。
- 具合が悪い場合は「はい」にチェックして() 内に症状を記入してください。

※症状によっては接種当日に接種会場（医療機関）で医師が接種できるかどうかの判断を行うためにかなり時間がかかる場合や接種が行えない（見合わせとなる）場合がありますのでご注意ください。

けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。 はい いいえ

- 該当がなければ「いいえ」にチェックしてください。
- けいれんを起こしたことがある、または「てんかん」の診断がある方は「はい」にチェックしてください。

※病院へ通院している場合は、可能な限り前もってかかりつけ医に接種を受けてよいか相談してください。

※接種会場（医療機関）に来るまでに相談できていなかった場合、接種当日に接種会場（医療機関）で医師が接種できるかどうかの判断を行うためにかなり時間がかかる場合や接種が行えない（見合わせとなる）場合がありますのでご注意ください。

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印を入れてください。

住居票に記載されている住所	都 道 市 区 町 村 府 県	※左側に合わせ、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)
フリガナ 氏 名	電話番号 () - -	
生年月日 (西暦) 年 月 日	日生 (満 歳)	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 診察前の体温 度 分

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初めて受けますか。 (接種を受けたことがある場合 1回目: 月 日、2回目: 月 日)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現時点で住民票のある市町村と、クーポン券に記載されている市町村は同じですか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
「新型コロナワクチンの説明書」を読んで、効果や副作用などについて理解しましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。 <input type="checkbox"/> 医療従事者等 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60~64歳 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等の従事者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する(病名:)	<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"/> その他()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他()		
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と言われていましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 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	

以上の問診及び診察の結果、今日の接種は 可能 見合わせる 医師署名又は記名押印

医師記入欄
 被接種者は6歳未満である(該当する場合は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、接種の効果や副作用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。

このことを理解の上、本予診票が市町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。

年 月 日 被接種者又は保護者自署

(※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捺印を記載)(※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被保護者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
シール貼付位置	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		接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
		2022 年 月 日

新型コロナワクチン接種の予診票の書き方

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
--	-----------------------------	------------------------------

- 該当がなければ「いいえ」にチェックしてください。
- 重いアレルギー症状を起こしたことがある方は「はい」にチェックして、()内に原因となったものを記入してください。
(例:「そば」などの食品、「蜂」などの動物、薬品の場合はわかればその薬品名を記入してください。詳細がわからない場合は「不明」などと記入してください。)
※接種当日に接種会場(医療機関)で医師が、そのアレルギー症状が起きた際の様子をお聞きし、ワクチン接種後の経過観察(接種会場での待機)を行う時間を30分に延長する場合があります。
- 新型コロナワクチン1回目の接種でショック、アナフィラキシーが認められた方は2回目の接種は受けられません。

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
---	-----------------------------	------------------------------

- 該当がなければ「いいえ」にチェックしてください。
- 予防接種の後に具合が悪くなって倒れたり、何か症状が出たことがある場合は「はい」にチェックして、()内に具合が悪くなった予防接種の種類、症状(例:倒れた、気分が悪くなった など)を記入してください。
ワクチン接種後の経過観察(接種会場での待機)を行う時間を30分に延長する場合があります。

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
---	-----------------------------	------------------------------

- 該当がなければ「いいえ」にチェックしてください。
- 妊娠している可能性がある、または授乳中の方は「はい」にチェックしてください。

※かかりつけ医や通っている医療機関に相談し、ご自身がワクチンの有益性とリスクを理解した上で接種を希望する場合に、必要に応じて接種を受けてください。

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印を入れてください。

住居票に記載されている住所	都道府県	市区町村	※左側に合わせ、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)
フリガナ 氏名	電話番号 ()		
生年月日 (西暦)	年	月	日生(満) 歳
	男	女	診察前の体温 度 分

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初めて受けますか。 (接種を受けたことがある場合 1回目: 月 日、2回目: 月 日)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現時点で住民票のある市町村と、クーポン券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	
接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。 <input type="checkbox"/> 医療従事者等 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60~64歳 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等の従事者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する(病名:)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在、何らかの病気に罹り、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"/> その他()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他()		
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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気がかかったりしましたか。 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	

以上の問診及び診察の結果、今日の接種は 可能 見合わせる 医師署名又は記名押印

医師記入欄
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。
 被接種者は6歳未満である(該当する場合は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。

このことを理解の上、本予診票が市町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。

被接種者又は保護者自署
年 月 日

(※自署で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、成年被接種者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
シール貼付位置	ml	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 2022年 月 日

新型コロナワクチン接種の予診票の書き方

2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類() 受けた日() はい いいえ

- 該当しない場合は「いいえ」にチェックしてください。
- 2週間以内に新型コロナウイルスワクチンの予防接種を受けた方は「はい」にチェックし、()内にその予防接種の種類、受けた日を記入してください。
- ワクチンの種類に関わらず、該当する場合、当日にワクチンは接種できません。ワクチンの種類によっては2週間以上あけなければならないものもありますので、接種を受けた医療機関に確認してください。

今日の予防接種について質問がありますか。 はい いいえ

- 該当しない場合は「いいえ」にチェックしてください。
 - 質問がある方は「はい」にチェックしてください
- ※可能な限り、接種会場（医療機関）に来場するまでに、市やかかりつけ医などへ問い合わせを行い、当日、円滑に接種が受けられるようご協力ください。

● 「新型コロナワクチン接種希望書」を記入してください。

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。

このことを理解の上、本予診票が市町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。

年 月 日 被接種者又は保護者自署

このことを理解の上、本予診票が市町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。

年 月 日 被接種者又は保護者自署

(※白濁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)
(※接種会場等コード・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。)

- 接種を希望する場合は「接種を希望します」にチェックして、その下に日付（予診票を記入日または接種日）を記入し、署名を行ってください。
- 「接種を希望しません」にチェックした場合は、接種を行いません。

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印を入れてください。

住居票に記載されている住所 都 道 府 県 市 区 町 村

フリガナ 氏 名 ()

生年月日 (西暦) 年 月 日 日生 (満 歳) 男・女 診察前の体温 度 分

※左側に合わせ、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)

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初めて受けますか。 (接種を受けたことがある場合 1回目: 月 日、2回目: 月 日)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現時点で住民票のある市町村と、クーポン券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	
接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。 <input type="checkbox"/> 医療従事者等 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60～64歳 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等の従事者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する(病名:)	<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"/> その他()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他()		
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と言われてましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 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	

以上の問診及び診察の結果、今日の接種は(可 能 ・ 見 合 せ る) 医師署名又は記名押印

医師記入欄 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。
 被接種者は6歳未満である(該当する場合は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。

このことを理解の上、本予診票が市町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。

年 月 日 被接種者又は保護者自署

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。

このことを理解の上、本予診票が市町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。

年 月 日 被接種者又は保護者自署

(※白濁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)
(※接種会場等コード・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。)

ワクチン名・ロット番号 接種量 実施場所

シール貼付位置

※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

医療機関等コード

接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日

2022 年 月 日