

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください
 ※接種される方がお子さんの場合は、保護者が記入してください

診察前の体温 度 分

住所	〒		
フリガナ		☐ 男 ☐ 女	TEL () -
接種される方の氏名			
(保護者の氏名)		生年月日(西暦)	年 月 日生(満 歳)

質問事項	回答欄		医師記入欄
「新型コロナワクチン(コミナティ)を接種される方へ」(裏面)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	
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	
5歳以上:新型コロナワクチンの接種を受けたことがありますか はいの場合(前回の接種日: 年 月 日) 6ヵ月~4歳:新型コロナワクチンの接種を受けたことがありますか はいの場合(接種回数: 回)(前回の接種日: 年 月 日)	☐ 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 また、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 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 ☐ 毛細血管漏出症候群 ☐ 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	
最近1ヵ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	
(接種を受けられる方がお子さまの場合) 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか(具体的に)	☐ はい	☐ いいえ	
過去にけいれんを起こしたことがありますか はいの場合(歳頃) そのとき熱がでましたか (☐ はい・ ☐ いいえ)	☐ はい	☐ いいえ	
近親者に先天性免疫不全症の方がいますか	☐ 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 予防接種の種類() 症状()	☐ はい	☐ いいえ	
(女性の方に)現在妊娠中または妊娠している可能性はありますか または授乳中ですか	☐ はい	☐ いいえ	
今日の新型コロナワクチン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・ ☐ 見合わせた方がよい)と判断しました 本人または保護者に対して、接種の効果、副反応及び医薬品副作用被害救済制度について説明しました	医師署名または記名押印

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について理解した上で、接種を希望しますか ☐希望します ☐希望しません

年 月 日 被接種者または保護者自署

・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続柄を記載 (代筆者の場合: 続柄)

ワクチン名など	用法・用量	実施場所・医師名・接種年月日
接種シール添付欄:	筋肉内接種 左腕/右腕/ 大腿前外側部 0.3mL	実施場所: 医師名: 接種年月日: 年 月 日