

新型コロナウイルス感染症予防接種予診票（高齢者等用）

市提出用

住 所	日光市		☎	-	
フリガナ		男・女	生年 月 日	大正 年 月 日	昭和 (満 歳)
氏 名					

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日の診察前の体温は何度でしたか	度 分		
今日の新型コロナウイルス感染症の予防接種について市町村から配られている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。	はい	いいえ	
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がありますか。	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・見合わせる）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・説明を受け、予防接種の効果や副反応、予防接種健康被害救済制度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）※かっこ内のどちらかを○で囲んでください。

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、本予診票が市に提出されることに同意します。

年 月 日 本人自署 []

（※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載）

※この予防接種の実施主体は日光市であり、当医療機関は日光市から委託を受けて実施しているものです。

接種に関する問い合わせは、日光市健康課：電話 0288-21-2756 へ

【医療機関証明欄】

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	筋肉内接種	実施場所 耳鼻咽喉科関根クリニック
Lot No.	ml	医師名
(注)有効期限が切れていないか要確認		接種年月日 年 月 日

新型コロナウイルス感染症予防接種予診票（高齢者等用）

医療機関控

住 所	日光市			☎	-		
フリガナ				男	生年	大正	年 月 日
氏 名				女	月 日	昭和	(満 歳)

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日の診察前の体温は何度でしたか	度 分		
今日の新型コロナウイルス感染症の予防接種について市町村から配られている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。	はい	いいえ	
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がありますか。	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か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・見合わせる）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・説明を受け、予防接種の効果や副反応、予防接種健康被害救済制度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）※かっこ内のどちらかを○で囲んでください。

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、本予診票が市に提出されることに同意します。

年 月 日 本人自署 []

（※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載）

※この予防接種の実施主体は日光市であり、当医療機関は日光市から委託を受けて実施しているものです。

接種に関する問い合わせは、日光市健康課：電話 0288-21-2756 へ

【医療機関証明欄】

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	
ワクチン名	筋肉内接種	実施場所	耳鼻咽喉科関根クリニック
Lot No.		医師名	
(注)有効期限が切れていないか要確認	ml	接種年月日	年 月 日

住 所	日光市				☎	-
フリガナ		男・女	生年 月 日	大正	年	月 日
氏 名				昭和		(満 歳)

※この予防接種の実施主体は日光市であり、当医療機関は日光市から委託を受けて実施しているものです。
 接種に関する問い合わせは、日光市健康課：電話 0288-21-2756 へ

【医療機関証明欄】

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 メーカー名 Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認	筋肉内接種 ml	実施場所 耳鼻咽喉科関根クリニック 医師名 接種年月日 年 月 日