

※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

住所		〒		診察前の体温		度	分
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
「新型コロナウイルスワクチン（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：新型コロナウイルス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）	☐ はい ☐ いいえ	
6ヵ月～4歳：新型コロナウイルス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）		
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	
今日の新型コロナウイルス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

新型コロナウイルス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

ご記載いただいた個人情報は、新型コロナウイルスワクチン接種の予診に関してのみ、使用させていただきます。