

# 新型コロナワクチン接種予診票の記入説明

住民票の住所を記入する。

予約システムの10桁のIDを記載  
※必ずメールに届いたID番号を記載ください。

すでにクーポン(接種)券が届いている方は、クーポン(接種)券を貼らずに、予診票と一緒に  
お持ちください。

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。

仮接種券番号

住民票の住所を記入 **京都 京都 伏見区深草塚本町67-1**

フリガナ **龍谷 花子** L200999 番号 **073 642 - 0000**

生年月日(西暦) **2000**年**01**月**01**日生(満**21**歳) 男 女 診察前の体温 **記入しないでください**

学籍番号または職員番号を記入  
(学外者は不要)

接種当日の年齢を記入する。

2回目の人は1回目の日付のみ記入する。

この枠内で「はい」の場合は、必ずかかりつけ医などに接種が可能であることを確認してください。

当日ご質問いただく場合は別途対応となります。時間を要する場合は別日に接種していただくことがあります。ご質問があれば、事前に下記の【重要】欄にあるアドレスまでお問い合わせください。

記入とチェックを忘れずに！

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( )  はい  いいえ

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)を起こした薬・食品など原因になったもの(種類( ) 症状( ))  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。  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。  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  具合合わせ ) 医師署名又は記名押印  
**記入しないでください。**

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。

令和3年 〇 月 〇 日 被接種者又は保護者自署 **龍谷 花子**

(※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)  
(※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)

医師記入欄

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。

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。 **記入しないでください。**

(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

## 【重要】

- ・ 記入例および、**赤色吹き出し**の説明にしたがい、正確に記入してください。
- ・ 必ず黒ボールペンで記入してください。**消せるボールペンや鉛筆は使用できません。**
- ・ 予防接種に関して当日ご質問いただいても、接種会場ではすぐにお答えすることができません。安全かつスムーズに接種を受けていただくため、ご質問があれば、**必ず事前にメールで** お問合せください。 質問用メールアドレス: vaccines-info@ad.ryukoku.ac.jp



※予約受付に関する質問は「龍谷大学大学拠点接種コールセンター(075-276-4265)」にお問い合わせください。