

新型コロナウイルスワクチン(ダイチロナ筋注)接種 予診票

*接種希望の方へ：太枠内にご記入ください。

診察前の体温 度 分

住所	〒		TEL ()	-	度	分
フリガナ		男・女				
受ける人の氏名		生年月日		年	月	日生
(保護者の氏名)				(歳	か月)

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について説明文書を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
これまでに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 (前回の接種日 年 月 日)	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい 具体的に()	いいえ	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 ・その場合、治療・投薬(血液をサラサラにする薬など)を受けていますか。 ・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いわれましたか。	はい(病名) はい(薬剤名)・いいえ はい・いいえ	いいえ	
これまでに特別な病気(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、発育障害、毛細血管漏出症候群)やその他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか。	はい (病名)	いいえ	
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。	はい (病名)	いいえ	
これまでにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	はい() (最後は 年 回くらい) 月頃)	いいえ	
これまでに薬や食品で皮膚に発疹が出たり、体の具合が悪くなったことはありますか。	はい (薬、食品名)	いいえ	
近親者の中で先天性免疫不全症と診断された方はいますか。	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がありますか。	はい(予防接種名) (症状)	いいえ	
(女性の方に) 現在妊娠しているあるいは妊娠している可能性がありますか。 または授乳していますか。	はい	いいえ	
その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや今日の予防接種について質問がありますか。	はい 具体的に()	いいえ	

医師の記入欄：以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる)。本人(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副反応および医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明した。また、本剤の接種対象者が12歳以上であることを確認した。

医師の署名または記名押印

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応の可能性などについて理解した上で、接種することを(希望します・希望しません)。
(被接種者が自署できない場合、代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載ください。
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または成年後見人が自署してください。)

本人の署名(もしくは保護者の署名)

代筆者の場合：続柄

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
名称：ダイチロナ筋注 メーカー名：第一三共株式会社 製造番号：	筋肉内接種 左・右 0.6mL	医療機関名：ふじわら耳鼻科 医師名：藤原 満 接種日時：2024年 月 日 時 分

記載いただきました個人情報はワクチン接種に関する予診にのみ使用します。