

接種をスムーズに行うため、太枠内を記入しお持ちください。

ID: _____

【 新型コロナウイルス感染症 】 予防接種問診表（成人用）

		診察前の体温		度		分	
住 所							
受診者の氏名		男・女		生 年 月 日		年 月 日 (満 歳 ヶ月)	

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
① 今日の予防接種の効果や副反応などは理解しましたか。	はい	いいえ	
② 現在、何か病気にかかっていますか。 病名 () 治療（投薬など）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	いいえ	
③ 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	
④ 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	
⑤ 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。 1) その際に具合が悪くなったことがありますか。 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	
⑥ ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。() 歳頃	はい	いいえ	
⑦ 1ヵ月以内に予防接種をうけましたか。 ・ 予防接種の種類 () いつ (月 日)	はい	いいえ	
⑧ 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 () 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	
⑨ 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	
⑩ 今日の予防接種についてご質問ありますか。	はい	いいえ	

確 認 者	医師	上記の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能・見合わせる)	【医師サイン】
	受診者 または 保護者	予診の結果を聞いて今日の予防接種をうけますか (受ける・見合わせる)	【本人サインまたは保護者サイン】

Lot. No.	接 種 量	実施場所	
	筋肉内接種 (ml)	【実施場所】 刈谷市住吉町 5-15	刈谷豊田総合病院
		【接種年月日】	年 月 日