

## 新型コロナワクチン接種 事前チェックリスト

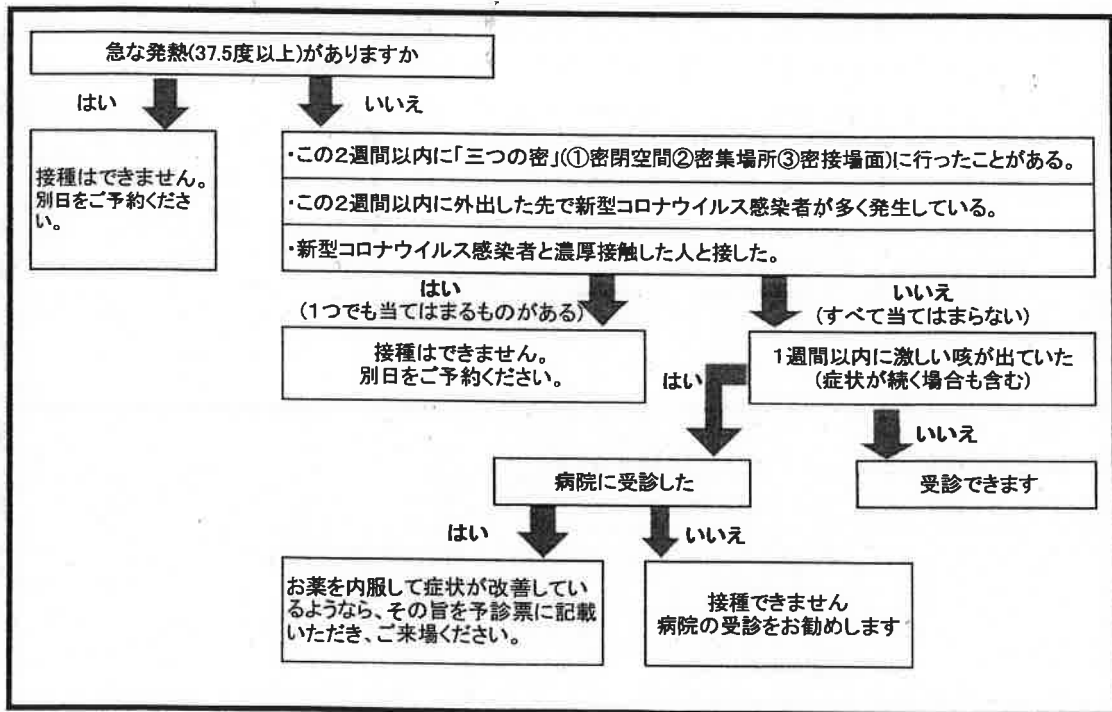
事前にご確認いただき、スムーズなワクチン接種にご協力ください。

### (事前に行うこと)

- 予防接種の予約を入れる。  
・予約した日時の再通知はありません(Web予約を除く)。予約した日時を書き控えておいてください。  
・都合が悪くなった場合は、前日までにWeb、電話、来所等でご連絡ください。
- (持病がある方は) 新型コロナワクチン接種について、主治医に相談する。  
【注】予防接種前の診察は主に、接種が可能か体調確認を行います。
- 会場までの交通手段をご確認ください。  
送迎バスを利用の方は、運行日程、停留所等をご確認ください。
- 予診票の記入をする。(裏面の記入例をご覧ください。)

### (当日に行うこと)

- 下のフローチャートを用い、接種当日の体調を確認してください。



- 持ち物を確認しましょう。  
( 接種券   予診票(むらさき色またはオレンジ色)   身分証明書 )
- 服装について、接種のしやすい服装にご協力ください。  
(例)半袖の肌着+前開きシャツ \*前開きのシャツは会場内で羽織ってお待ちいただきます。
- 接種予約の日時を確認。  
予約接種会場の密を避けるため、予約時間どおりのご来所をお願いします。

※※ ご来所の際の注意事項 ※※  
これからの季節、暑くなる日などは熱中症の危険も出てきます。  
接種会場にお越しの際は、水分をお持ちになるなど、熱中症への対策も  
お願いします。

# 新型コロナワクチン

## 記入方法説明書

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください

接種券は、  
接種会場で貼ります。

住民票に記載されている住所	愛知 都 道 扶 桑 市 区 村	
フリガナ		
氏名	電話番号	( )
生年月日 (西暦)	1 9 年 月 日生 (満 歳)	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
	診察前の体温	度 分

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)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現時点で住民票のある市町村と、クーポン「新型コロナワクチンの説明書」を読んだ接種順位の上位となる対象グループに <input type="checkbox"/> 医療従事者等 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する(病名: )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在、何らかの病気にかかって、治療(病名: <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> その他( ) 治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬 その病気を診てもらっている医師に 最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気に 今日、体に具合が悪いところがあります けいれん(ひきつけ)を起こしたことがあ 薬や食品などで、重いアレルギー症状(薬・食品など原因になったもの) これまでに予防接種を受けて具合が悪 種類( ) 症状( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。または、授乳中ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

予診票  
1回目：むらさき色  
2回目：オレンジ色

太枠内を記入して下さい。

はい  
 いいえ  
どちらかのに☑をして下さい。

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の接種は( <input type="checkbox"/> 可能 ・ <input type="checkbox"/> 見合わせる ) 本人に対して、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、説明した。	医師署名又は記名押印
-------	---	------------

### 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 )

接種する日にち  
被接種者自署  
を記入して下さい。

年 月 日 被接種者自署  
(※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)  
(※被接種者が成年被後見人の場合は本人又は成年後見人自署)

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

接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日

202 年 月 日

医師記入欄

※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください

(注)有効期限が切れていないか確認