

「住所」・「氏名」・「生年月日」・「性別」・「接種券部分」・「1,2 回目の接種日及びワクチン名」・「3 回目接種可能日」は予め印字されています。


※2 回目を他自治体が発行した接種券で接種した場合は、「1,2 回目の接種日及びワクチン名」は空欄（被接種者が自ら記入）となるほか、「3 回目接種可能日」の行は表示されません。（転入者等）

③接種券一体型予診票部分 (A3 右)

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票 (追加接種用)

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

接種券一体型予診票

券種	2 (予診のみ)	3 回目
請求先	青森県青森市	022012
券番号	1234567890	
氏名	青森 太郎	



住民票に記載されている住所	青森 都 道 青森 (市) 区 村
個2丁目19-13	
フリガナ	アオモリ タロウ
氏名	青森 太郎

生年月日 (西暦) 1975年01月01日生 (満 歳) 男 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は、以下のとおりで間違いありませんか。 接種日(1回目: 2021年03月25日、2回目: 2021年04月15日) 接種を受けたワクチン(1回目: ファイザー 2回目: ファイザー) 3回目接種可能日: 2021年12月15日以降	<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、右上の請求先に記載されている市町村は同じですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
「新型コロナワクチンについて」を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。	<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(投薬など)を受けていますか。 病名: <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい病気 <input type="checkbox"/> 免疫不全 <input type="checkbox"/> 毛細血管漏出症候群 <input type="checkbox"/> B型肝炎/C型肝炎 <input type="checkbox"/> その他() 治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。 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	

医師記入欄 以上の問診及び診察の結果、本人に対して、接種の効果、医師署名又は記名押印

年月日には署名した日付をご記入してください

医療機関記入欄 時間外(受付時間) 休日 小児(6歳未満) 予備① 予備②

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、 はい いいえ 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。

年 月 日 被接種者又は保護者自署

医師記入欄

ワクチン名・ロット

シール貼付位置

※枠に合わせてまっすぐ貼り付けてください

(注)有効期限が切れていない

※赤枠内をご記入お願いします

※予診票と接種券は切り離さずにご提出ください

※予診票の提出がないと接種できません