

松本市 新型コロナウイルス感染症予防接種 予診票 兼 接種済証

下記のとおり予防接種を実施したことを証明します。 松本市長
(※この接種済証は再発行できません。大切に保管してください。)

太枠内をボールペンで記入してください。体温は医療機関で測定してください。

医療機関使用欄

(当てはまる番号に○印)

- 満 65 歳以上
- 満 60～64 歳で心臓・腎臓・呼吸器・免疫機能のいずれかで身体障害者手帳 1 級所持
(上記 1 または 2 の該当者のうち)
- 生活保護受給中

医療機関の皆様へ

予診票原本を松本市にご提出ください。2 部コピーをとり、**1 部をご本人へ接種済証として渡し**、もう 1 部を医療機関控えとしてください。

※松本市に住民登録のない方は、この予診票は使えません。

		診察前の体温	度	分
住 所	松本市			
氏 名			男 ・ 女	
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和	年	月	日生 (満 歳)
電話番号				

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日の新型コロナウイルス感染症予防接種の説明書を読み、効果や副反応などについて理解しましたか。	は い	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。 病 名 ()	は い	いいえ	
治療 (投薬など) を受けていますか。	は い	いいえ	
その病気の主治医には、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	
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	
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	
新型コロナウイルス感染症予防接種を受けたことがありますか。	は い	いいえ	
①その際に具合が悪くなったことはありますか。	は い	いいえ	
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	
ひきつけ (けいれん) を起こしたことがありますか。	は い	いいえ	
1 か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 () いつ ()	は い	いいえ	
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 ()	は い	いいえ	
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	
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。 病 名 ()	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、今日の予防接種は (可能 ・ 見合わせる) 本人に対して、予防接種の効果、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
-------	--

使用ワクチン名 (シール貼付欄)	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	筋肉内注射	実施場所:
Lot No.		医 師 名:
(注) 有効期限が切れていないか確認	ml	接種年月日: 年 月 日

新型コロナウイルス感染症予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)

医師の診察・説明を受け、予防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、予防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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

年 月 日

被接種者自署

(代筆者

続柄

(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)