

新型コロナウイルスワクチンの接種予診票

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

*Please fill in or check the ☑ boxes inside the bold frame

住民票に記載されている住所 Address on the resident card	都道府県 Prefecture		市区町 City	
	Address			
フリガナ Furigana 名前 Name	電話番号 Tel	()		
生年月日 (西暦) Date of birth	年 Year	月 Month	日 Day	歳 () years old

※左隅に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください

(クーポン貼付)

Place the coupon straight by aligning with the dotted line starting at the

診察前の体温 Body temperature before examination	度 分 Degrees
---	----------------

質問事項 Question	回答欄 Response field	医師記入欄 Field filled
新型コロナウイルス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 1回目: 月 日、2回目: 月 日) Are you receiving the COVID-19 vaccine for the first time? (If you have been vaccinated before, date of 1st time: MM/DD, date of 2nd time: MM/DD)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
現時点で住民票のある市町村と、クーポン券に記載されている市町村は同じですか。 Is the city, town, or village where you currently reside the same as the city, town, or village stated on the coupon?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
『新型コロナウイルスワクチンの説明書』を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。 Have you read the "Instructions for the COVID-19 vaccine" and do you understand the effects and adverse side effects?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。 <input type="checkbox"/> 医療従事者等 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60～64歳 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等の従事者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する(病名: _____) Do you fall into one of the target groups that have a higher priority for this vaccine? <input type="checkbox"/> Medical personnel, etc. <input type="checkbox"/> Person 65 years or older <input type="checkbox"/> Person 60 to 64 years old <input type="checkbox"/> Worker at a senior citizen facility, etc. <input type="checkbox"/> Person with an underlying disease (name of disease: _____)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
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"/> 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(_____) Are you currently suffering from any kind of illness and receiving treatment or medication? Name of disease: <input type="checkbox"/> heart disease <input type="checkbox"/> kidney disease <input type="checkbox"/> liver disease <input type="checkbox"/> blood disease <input type="checkbox"/> disease that makes it difficult to stop bleeding <input type="checkbox"/> immune deficiency <input type="checkbox"/> other (_____) Nature of treatment: <input type="checkbox"/> blood-thinning medicine (_____) <input type="checkbox"/> other (_____)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
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。 Has a doctor who is treating you for the disease told you that you can have the vaccine today?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
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(_____) Have you had a fever or gotten sick in the last month? Name of disease (_____)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
今日、体に具合が悪いところがありますか。症状(_____) Are there any parts of your body that are not feeling well today? Condition (_____)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。 Have you ever had a convulsion (seizure)?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	

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"/> yes	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> no
Have you ever experienced severe allergic symptoms (such as anaphylaxis) from medications or foods? Medication or food that caused the problem ()		
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"/> yes	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> no
Have you ever been sick after receiving a vaccine? Type of vaccine () Condition ()		
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。 Is there any possibility that you are currently pregnant (for example, your period is later than expected)? Or are you breastfeeding?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> no
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"/> yes	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> no
Have you had any vaccines within the last two weeks? Type of vaccine () Date of vaccine ()		
今日の予防接種について質問がありますか。 Do you have any questions about the vaccine today?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> yes	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> no

医師記入欄 Field filled in by doctor	以上の問診及び診察の結果、今日の接種は() 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。 In light of the results of the questions above and examination, today's vaccine is (<input type="checkbox"/> possible, <input type="checkbox"/> not possible). I have explained the effects of the vaccine, side effects, and the Relief System for Injury to Health with Vaccination to the patient. <input type="checkbox"/> The person to be vaccinated is under 6 years old (fill in if applicable)	医師署名又は記名押印 Signature and seal of
------------------------------------	---	-------------------------------------

新型コロナウイルスワクチン接種希望書

・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 :
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。

COVID-19 Vaccination Request Form

After receiving a medical examination and explanation from a doctor and understanding the effects and side effects of the vaccine, do you wish to receive this vaccine?

The purpose of this preliminary medical examination form is to ensure the safety of the vaccine.

I understand this and consent to this prevaccination Screening Questionnaire being submitted to the municipal government, the All- Japan Federation of National Health Insurance Organizations, and the National Health Insurance Organization.

年 月 日 Date:	被接種者又は 保護者自署 Signature of vaccinated person or their guardian
<small>(※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又は成年後見人自署)</small>	
<small>(※If the person to be vaccinated is unable to sign the form by himself/herself, a representative must sign the form, and the representative's name and relationship to the person to be vaccinated must be indicated.) (※In the case of a person under 16 years of age, the form must be signed by the guardian; in the case of an adult ward, the</small>	

医師記入欄 Field filled in by doctor	ワクチン名・ロット番号 Name of vaccine and lot number	接種量 Inoculation amount	実施場所 医師名・接種年月日 Vaccination location, name of doctor, and date of vaccination	接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。 *Please fill in the medical institution code and vaccination date so that they fit within this field.
	シールの位置 Seal position		実施場所 Vaccination location	医療機関等コード Medical institution code
	※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 *Paste it <u>straightly</u> along with the frame. (Note: Make sure that the expiration date has not expired.)	ml	医師名 Name of doctor	Date of vaccination *Example: April 1, 2021 →2021/04/01

.....

.....