新型コロナウイルス感染症予防接種予診票

市町村名 岩国市

太枠内をご記入くが	ださい		診察前の体温		分	自 己 負	 負 担 金	
	(現住民登録してい	る住所をご記入ください)》	*			<u> </u>		
住 所	岩国市	•	•			1 徴収した	(4,680円)	
電話番号							2 免除(生活保護者等)	
ふりがな						生活保護受給者カードケース番号		
						工品水设文和书		
氏 名								
生年月日	明 治・大 正	- 昭 和	₣ 月	日生 (満	歳)			
※住所や質問の	D回答等の記載に	間違いがあれば、岩国で	市の助成および健康	東被害救済制度を	受けること	こができない場合	があります。	
	質	問事	項		□	答 欄	医師記入欄	
今年度初めての新	型コロナウイル	ス感染症予防接種でで	すか		はい	いいえ		
今日の新型コロナウイルス感染症の予防接種について説明書を読みましたか					はい	いいえ		
今日の予防接種の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						いいえ		
病名()						
治療(投薬など)を	受けていますか				はい	いいえ		
		・防接種を受けてもよい	いと言われましたス	5\	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の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		
① 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		
②制至コログライルへ窓朱延以外の予防接種の際に共占が悪くなうだことはありますが ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか								
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか はいいえ 1カ月以内に予防接種を受けましたか								
■ 予防接種の種類() 接種日(月 日)					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					はい	いいえ		
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		
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					はい	いいえ		
病名(וא ני	0.0.7		
今日の予防接種について質問がありますか					ある	ない		
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) 医師の記入欄本人に対して、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。								
医師の記入欄 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								
使用ワクラ	チンタ	接種量	実施場	所・医 師			は問診年月日	
	ノ マ石	(筋肉内接種)	天 旭 物		70	1女性人	は同砂牛月日	
ワクチン名 Lot No.		(加州村 11英 至)						
有効期限		ml				R	•	
45刑コロナビ	ノルフ成ジ	· 症予防接種希	· 垻圭 / 压红 0 = /		18-4k I de	1 Nor - 1 . 1 . 1 . 1	31 - / lister	
							人してくたさい。)	
医師の診察・	説明を受け、予修	方接種の効果や副反応					, ,	
- のマシ亜は	マサセチのウ	ᇫ		・ロー・ロック ・		•	•	
この予診票はに同意します。	、予防接種の女	全性の確保を目的とし						
に凹心しより。			筆の場合は <u>代筆</u> 者	か者名欄を記	名し、下	受代 重者名も記	<u>:人</u> してください	
令和 年	月 日	被接種者	氏名					
774 +	л ц	(自署)					
ー 本人が自署出来ないため、接種意思を確認のうえ代筆します。 (代筆者氏名) (続柄)								
本人が自署出来ないため、接種意思を確認のうえ代筆します。(代筆者氏名) (続柄) (続柄)								
<新型コロナウイルス感染症予防接種済証>医療機関が記載 <u>自分の健康管理のために接種記録は保管してください。</u>								
予防接種を行った	工年月日等 接種医療機関名及び医師名 被接種者住所 岩国市							

令 和

Lot No.

年 月 日

被接種者氏名

生年月日(M・T・S) 年