

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください
※接種される方がお子さんの場合は、保護者が記入してください

住所		〒		診察前の体温		度	分
フリガナ		☐ 男 ☐ 女	TEL	()	—		
接種される方の氏名							
(保護者の氏名)			生年月日 (西暦)		年	月	日生 (満 歳)

質 問 事 項	回答欄		医師記入欄
「新型コロナワクチン(コミナティ)を接種される方へ」(裏面)を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか	☐ はい	☐ いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか 症状()	☐ はい	☐ いいえ	
5 歳 以 上：新型コロナワクチンの接種を受けたことがありますか はいの場合(前回の接種日： 年 月 日)	☐ はい	☐ いいえ	
6ヵ月～4歳：新型コロナワクチンの接種を受けたことがありますか はいの場合(接種回数： 回)(前回の接種日： 年 月 日)	☐ はい	☐ 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 また、その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか 病名： ☐ 心臓病 ☐ 腎臓病 ☐ 肝臓病 ☐ 血液疾患 ☐ 血が止まりにくい病気 ☐ 免疫不全 ☐ 毛細血管漏出症候群 ☐ その他() 治療内容： ☐ 血をサラサラにする薬() ☐ その他()	☐ はい	☐ いいえ	
最近1ヵ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	
(接種を受けられる方がお子さまの場合) 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか(具体的に)	☐ はい	☐ いいえ	
過去にけいれんを起こしたことがありますか はいの場合(歳頃) そのとき熱がでましたか(☐ はい・ ☐ いいえ)	☐ はい	☐ いいえ	
近親者に先天性免疫不全症の方がいますか	☐ はい	☐ 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()	☐ はい	☐ 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 予防接種の種類() 症状()	☐ はい	☐ いいえ	
(女性の方に) 現在妊娠中または妊娠している可能性はありますか または授乳中ですか	☐ はい	☐ いいえ	
今日の新型コロナワクチン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、今日の接種は(☐ 可能・ ☐ 見合わせた方が良い)と判断しました 本人または保護者に対して、接種の効果、副反応及び医薬品副作用被害救済制度について説明しました	医師署名または記名押印

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について理解した上で、接種を希望しますか ☐ 希望します ☐ 希望しません	
年 月 日 被接種者または保護者自署	
・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 (代筆者の場合：続柄)	

ワクチン名など	用法・用量	実施場所・医師名・接種年月日
接種シール添付欄：	筋肉内接種 左腕／右腕／ 大腿前外側部 0.3mL	実施場所： 医療法人明医研 ハーモニッククリニック 医師名： 中井 秀一 接種年月日： 年 月 日