_	学籍(教職員) tudent (Faculty/Staff					_	
新型コロナワクチン接種の予診票						,	
こご記入またはチェック☑を入れてください。	\	・ワクチ	ン接種後に	医療機関に	こおいて	,	
	************************************				- 43 0		
אל נית	町村 ※ <u>左隅</u> に合わせ、点線に沿って <u>まっすぐ</u> に 貼り付けてください						
		にしている					
	1	【 クーポン貼付) 【					
年 月 日生 (満 歳)	□男・□女	診察前	の体温		度	分	
質問事項			回往	答欄	医師	記入欄	
トワクチンの接種を初めて受けますか。 ·受けたことがある場合 1回目: 月 日、 2回目:	月日)		□はい	□いいえ			
主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			□はい	□ いいえ			
ナワクチンの説明書』を読んで、効果や副反応などについて理解し	 ましたか。		□はい	□いいえ			
の上位となる対象グループに該当しますか。 従事者等 □65歳以上 □60~64歳 □高齢者施設等の従 疾患を有する(病名:	事者)	□はい	□いいえ			
かの病気にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。 名:□心臓病 □腎臓病 □肝臓病 □血液疾患 □血が止まり □その他(こくい病気 □免チ)	变不全	□はい	□いいえ			
容:□血をサラサラにする薬()□その他()□その他()			_		
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	+		
具合が悪いところがありますか。 症状()	□ はい	いいえ	+		
ひきつけ)を起こしたことがありますか。	Take to the control of the control o		□ はい	いいえ			
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 ,など原因になったもの(ありますか。)		□はい	□いいえ			
予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。) 症状()	□はい	□いいえ			
っている可能性(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	0	□はい	口いいえ			
Rに予防接種を受けましたか。 種類() 受	けた日()	□はい	口いいえ			
防接種について質問がありますか。			□はい	□いいえ			
以上の問診及び診察の結果、今日の接種は(可能 ・ 見合わせる	,		医師等	署名又は記名	5押印		
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	、詋明した。						
□ 被接種者は6歳未満である(該当する場合は塗りつぶしてください) □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □						=	
ナワクチン接種希望書 家・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 こまは、接種の安全性の確保を目的としています。 を理解の上、本予診票が市町村、国民健康保険中央会		<u></u> 者又は	ます・□	接種を希望し)ません)		
で理解の上、本予診宗が「中町村、国民健康保険中央会 民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。	・	-	署名し、代筆者	氏名及び被接種の根をはませる。	者との続柄		

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。	□ はい	□いいえ						
『新型コロナワクチンの説明書』を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。	□はい	□いいえ						
接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。 □医療従事者等 □65歳以上 □60~64歳 □高齢者施設等の従事者 □基礎疾患を有する(病名:)	□ 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。								
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 □その他(□はい	□いいえ						
治療内容:□血をサラサラにする薬()□その他()								
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()	□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						
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	□ 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。 種類(□ はい	□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。	□はい	□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()	□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						
以上の問診及び診察の結果、今日の接種は(可能 ・ 見合わせる)	医師署名又は記名押印							
医師記入欄 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。								
□ 被接種者は6歳未満である(該当する場合は塗りつぶしてください)								
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、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 保護者自署	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	り場合は本人又は原	成年後見人自署)					
フクチン名・ロット番号 接種量 実施場所・医師名・接種年月日 ※医療機関等コード・射 実施場所			入してください。 					
医 シール貼付位置 (職域)立命館アジア太平洋大学職域接種会場 4 4 0	医療機関等 9 9 9	9 0 0	8 1					
記 ※枠に合わせて <u>まっすぐ</u> に <mark>0 </mark>								
(注)有効期限が切れていないか確認	年	月 [

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

新型コロナ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

住民票に 記載されて いる住所

フリガナ

氏 名 生年月日

(西暦)