

よ しんひょう からだ ようす か かみ かきかた  
**予診票《あなたの 体の 様子を 書く 紙》の 書き方**

てん わく か  
**点の 枠の ところを あなたが 書きます。**

ちゅうしゃ ひ か も  
**注射を する日に 書いて 持っていきます。**

**新型コロナウイルスワクチン接種の予診票**

※左側に合わせ、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)

住民票に記載されている住所 都道府県 市区町村	フリガナ 氏名		電話番号	生年月日(西暦)	性別	診察前の体温
質問事項	回答欄	医師記入欄				
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)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
「新型コロナウイルスの説明書」を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。 <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: )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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: <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( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬( ) <input type="checkbox"/> その他( )						
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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
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( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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( ) 症状( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
今日の予防接種について質問があれば	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
以上の問診及び診察の結果、今日の接種は( <input type="checkbox"/> 可能 + <input type="checkbox"/> 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。						
<b>新型コロナウイルスワクチン接種希望書</b>						
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。( <input type="checkbox"/> 接種を希望します + <input type="checkbox"/> 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 接種者自身						
ワクチン名・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・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。				
医師記入欄 クーポン貼付位置 ※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	医師名	医療機関等コード 接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日 2022年 月 日				

- あなたの <sup>じゅうしょ</sup>住所<sup>す</sup> ≪住んでいる ところ≫ や <sup>なまえ</sup>名前 <sup>でんわばんごう</sup>電話番号 <sup>か</sup>などを <sup>か</sup>書きます。

<sup>なに</sup> <sup>か</sup>ここは、何も <sup>か</sup>書きません。

### 新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

※太枠内にご記入ください。チェック区を入れてください。

住民票に記載されている住所		都 道 府 県	市 町 村	
フリガナ 氏 名			電話番号	
生年月日 (西暦)	年	月	日生 (満)	歳
				<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
			診察前の体温	度 分

<sup>じゅうしょ</sup>住所

<sup>なまえ</sup>名前

<sup>でんわばんごう</sup>電話番号

※左側に合わせ、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)

<sup>たんじょうび</sup>誕生日

<sup>なんさい</sup>何歳かを <sup>か</sup>書きます

<sup>おとこ</sup>男か <sup>おんな</sup>女か <sup>えらびます</sup>えらびます

<sup>たいおん</sup>体温<sup>ねつ</sup> ≪熱≫ は <sup>ちゅうしゃ</sup>注射を <sup>ばしょ</sup>する <sup>か</sup>場所で <sup>か</sup>書きます。

からだ ようす か  
 ・ あなたの 体の 様子を 書きます。

しかく か  
 ・ 「はい」「いいえ」の どちらかの □に レ を 書きます。

<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ

質問事項	回答欄	医師記入欄
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 1回目: 月 日、2回目: 月 日) ①	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
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。 ②	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。 ③	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。 <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: ) ④	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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: <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( ) ⑤ 治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬( ) <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
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( ) ⑥	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状( ) ⑦	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。 ⑧	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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( ) ⑨	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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( ) 症状( ) ⑩	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。 ⑪	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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( ) ⑫	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。 ⑬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

①

質問事項	回答欄	医師記入欄
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 1回目: 月 日、2回目: 月 日)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

ころなわくちん ちゅうしゃ  
コロナワクチンの 注射を しましたか？

かいめ ちゅうしゃ ひと  
コロナの 1回目の 注射をした 人

- ⇒ ・ 「 はい」の  の ところ に レ を 書きます。
- ・ 1回目は いつ 注射を しましたか？

「1回目: 月 日」の ところ に 注射を した日 を 書きます。

ちゅうしゃ ひと  
コロナの 注射を はじめて する 人

- ⇒ ・ 「 いいえ」の  の ところ に レ を 書きます。

②

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

あなたが <sup>す</sup>住んでいる市 <sup>し</sup>と、<sup>せつしゅけん</sup>接種券<sup>ちゅうしゃ</sup>《<sup>けん</sup>注射の券》に <sup>か</sup>書いてある市は <sup>し</sup>同じですか？ <sup>おな</sup>

市の名前が同じとき

⇒ ・「 はい」の <sup>しかく</sup>□のところに <sup>か</sup>レを書きます。

市の名前が違うとき

⇒ ・「 いいえ」の <sup>しかく</sup>□のところに <sup>か</sup>レを書きます。

③

「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

コロナワクチンの <sup>ちゅうしゃ</sup>注射で <sup>ちゅうい</sup>注意が <sup>ひつよう</sup>必要な <sup>き</sup>ことや <sup>き</sup>気をつけることが わかりましたか？

ちゅうい ひつよう き  
注意が 必要なことや 気をつけることが わかった とき

⇒ ・ 「 はい」の <sup>しかく</sup> の ところに <sup>か</sup>レ を 書きます。

ちゅうい ひつよう き  
注意が 必要なことや 気をつけることが わからない とき

⇒ ・ 「 いいえ」の <sup>しかく</sup> の ところに <sup>か</sup>レ を 書きます。

4

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

ちゅうしゃ はや  
コロナワクチンの 注射が 早く できる グループに 入っていますか？

- いりょうじゅうじしゃ びょういん はたら  
・ 医療従事者 << 病院で 働いている ひと >>
- さいいじょう さい ねんれい うえ  
・ 65歳以上 << 65歳 より 年齢が 上のひと >>
- から さい さい さい  
・ 60～64歳 << 60歳 から 64歳 までの ひと >>
- こうれいしゃとうしせつじゅうじしゃ かよ しせつ はたら  
・ 高齢者等施設従事者 << おじさん や おばあさん が 通う 施設で 働いている ひと >>
- きそしっかん ゆう むかし びょうき  
・ 基礎疾患を 有する << 昔 から 病気を している ひと >>

ちゅうしゃ はやく  
注射が 早く できる グループに 入っている ひと

- しかく か  
⇒ ・ 「 はい」の  の ところに  を 書きます。

ちゅうしゃ はやく  
注射が 早く できる グループに 入っていない ひと

- しかく か  
⇒ ・ 「 いいえ」の  の ところに  を 書きます。

5

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( )

治療内容：血をサラサラにする薬( ) その他( )

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

いま びょういん い びょうき なお くすりの  
今 病院に 行って 病気を 治していますか？ 薬を 飲んで いますか？

しんぞうびょう しんぞう びょうき じんぞうびょう じんぞう びょうき  
・ 心臓病 <<心臓に 病気がある ひと>> ・ 腎臓病 <<腎臓に 病気がある ひと>>

かんぞうびょう かんぞう びょうき けつえきしっかん ち びょうき  
・ 肝臓病 <<肝臓に 病気がある ひと>> ・ 血液疾患 <<血に 病気がある ひと>>

けつえき と びょうき ち けつえき と びょうき  
・ 血液が止まりにくい病気 <<血が すぐに 止まらない 病気>>

めんえきふぜん びょうき からだ めんえき びょうき  
免疫不全 <<病気に ならない ための 体の しくみ(免疫)が うまく はたらかない 病気>>

びょういん いって びょうき なお  
病院に 行って 病気を 治している ひと

➡ ・ 「 はい」の  の ところ に  を 書きます。

・ あてはまる 病気の ところの  に  を 書きます。

びょうき  
病気に なっていない ひと

➡ ・ 「 いいえ」の  の ところ に  を 書きます。



5

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( )  
治療内容：血をサラサラにする薬( ) その他( )

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

いま びょういん い き  
今 病院に 行っている ひとに 聞きます。

びょういん せんせい ちゅうしゃ い  
病院の 先生は、コロナワクチンの 注射を してもいいと 言って いましたか？

ちゅうしゃ い  
コロナワクチンの 注射を してもいいと 言われている ひと

しかく か  
⇒ ・ 「 はい」の  の ところに  を 書きます。

ちゅうしゃ い  
コロナワクチンの 注射を してもいいと 言われていない ひと

しかく か  
⇒ ・ 「 いいえ」の  の ところに  を 書きます。

6

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

1かげつ あいだ びょうき びょうき なまえ おし  
1ヶ月の間に病気をしましたか？病気の名前を教えてください。

1かげつ あいだ びょうき  
1ヶ月の間に病気をしたひと

- ⇒ ・ 「 はい」の  のところに  を書きます。
- ・ 「病名(  )」のところに  の病気の  を書きます。

1かげつ あいだ びょうき  
1ヶ月の間に病気をしていないひと

- ⇒ ・ 「 いいえ」の  のところに  を書きます。

7

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

きょう げんき からだ ぐあい わる  
今日は 元気ですか？ 体の 具合が 悪い ところは ありますか？

からだ ぐあい わる  
体の 具合が 悪い ひと

- ⇒ ・ 「 はい」の  の ところに **レ** を 書きます。
- ・ 「症状( )」の ところに 具合の悪い ところを 書きます。

げんき からだ ぐあい わる  
元気な ひと ・ 体の 具合が 悪くない ひと

- ⇒ ・ 「 いいえ」の  の ところに **レ** を 書きます。

8

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

いま て あし ふる からだ うご  
今までに けいれん《手や足が震えること》や 体が動かなくなったことはありますか？

けいれん や からだ うご  
体が動かなくなったことがあるひと

⇒ ・ 「 はい」の  の しかく ところに し を か 書きます。

けいれん や からだ うご  
体が動かなくなったことがないひと

⇒ ・ 「 いいえ」の  の しかく ところに し を か 書きます。

9

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

アレルギー ← 薬 や 食べ物 で 気分が 悪くなったことや 体 が かゆくなったこと は ありますか？

気分が 悪くなったことや 体 が かゆくなった ことが ある ひと

⇒ ・ 「 はい」の  の ところに し を 書きます。

・ 「薬 や 食品 など 原因 になったもの ( )」の ところに 気分が 悪くなった 時に  
の 飲んで いた 薬 や 食べた 食べ物 の 名前 を 書きます。

気分が 悪くなったことや 体 が かゆくなった ことが ない ひと

⇒ ・ 「 いいえ」の  の ところに し を 書きます。

10

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( )

はい

いいえ

いま よぼうせつしゅ ちゅうしゃ きぶん わる  
今までに 予防接種(注射)をして 気分が 悪くなったことが ありますか？  
あるひとは、なん ちゅうしゃ  
あるひとは、何の 注射をしたとき でしたか？

よぼうせつしゅ ちゅうしゃ きぶん わる  
予防接種(注射)をして 気分が悪くなったことがある ひと

- ⇒ ・ 「 はい」の  の ところ に し を 書きます。
- ・ 「種類( )」の ところ に どんな注射をしたか 書きます。
- ・ 「症状( )」の ところ に 体が どのようになったか 書きます。

よぼうせつしゅ ちゅうしゃ げんき きぶん わる  
予防接種(注射)をしたあと 元気だった ひと(気分が悪くなったことが ない ひと)

- ⇒ ・ 「 いいえ」の  の ところ に し を 書きます。

11

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

いま おなか あかちゃん せいり おそい  
今、お腹に赤ちゃんがいますか？(生理が遅いことはありますか？)

あかちゃん ぼにゆう  
赤ちゃんに母乳《おっぱい》をあげていますか？

おなか あかちゃん せいり おそい あかちゃん ぼにゆう  
お腹に赤ちゃんが いる ひと (生理が遅い ひと)、赤ちゃんに 母乳《おっぱい》を  
あげて いる ひと

⇒ ・ 「 はい」の  の ところ に  を 書きます。

おなか あかちゃん せいり あかちゃん ぼにゆう  
お腹に赤ちゃんが いない ひと (生理が遅れていない ひと)、赤ちゃんに 母乳  
《おっぱい》を あげて いない ひと

⇒ ・ 「 いいえ」の  の ところ に  を 書きます。

12

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

きょう しゅうかん ほか よぼうせつしゅ ちゅうしゃ  
今日までの 2週間に 他の 予防接種(注射)を しましたか？

ほか よぼうせつしゅ ちゅうしゃ  
他の 予防接種(注射)をした ひと

- ⇒ ・ 「 はい」の  の ところ に  を 書きます。
- ・ 「種類( )」の ところ に どんな注射を したか 書きます。
- ・ 「受けた日( )」の ところ に 注射を した日 を 書きます。

ほか よぼうせつしゅ ちゅうしゃ  
他の 予防接種(注射)をしていない ひと

- ⇒ ・ 「 いいえ」の  の ところ に  を 書きます。



13

今日の予防接種について質問がありますか。

はい

いいえ

きょう      ころなわくちん      ちゅうしゃ      き  
今日する   コロナワクチンの   注射で   聞きたいことは   ありますか？

ころなわくちん      ちゅうしゃ      き  
コロナワクチンの   注射で   聞きたいことがある   ひと

⇒ ・ 「 はい」の    の   ところに    を   書きます。

ころなわくちん      ちゅうしゃ      き  
コロナワクチンの   注射で   聞きたいことが   ない   ひと

⇒ ・ 「 いいえ」の    の   ところに    を   書きます。

ちゅうしゃ いしゃ か  
注射を するときに お医者さんが 書きます。  
か  
あなたは、書けません。

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の接種は <input type="checkbox"/> 可 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。
<b>新型コロナワクチン接種希望書</b> 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 <input type="checkbox"/> 接種を希望します・ <input type="checkbox"/> 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 被接種者自署 <input type="checkbox"/> (自署で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) <input type="checkbox"/> (自被接種者が成年被接種者の場合は本人又は成年被接種者自署)	
医師記入欄	ワクチン名・ロット番号 接種量 <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> ml 実施場所・医師名・接種年月日 医師機関等コード 接種 <input type="checkbox"/> 2

ちゅうしゃ かかり か  
注射を するときに 係の ひとが 書きます。  
か  
あなたは、書けません。

おいしゃ せつめい き ちゅうしゃ ちゅうしゃ き  
**⑭ お医者さんの 説明を 聞いて、注射を したいか、注射を したくないか 決めます。**

ちゅうしゃ せつしゅ きぼう しかく か  
・注射を したい ひと ➡ 「接種を希望します」の  のところに レ を 書きます。

ちゅうしゃ せつしゅ きぼう しかく か  
・注射を したくない ひと ➡ 「接種を希望しません」の  のところに レ を 書きます。

ちゅうしゃ ひ か  
**⑮ 注射を する 日 を 書きます。**

ちゅうしゃ なまえ か  
**⑯ あなた(注射を する ひと)の 名前を 書きます。**