

# 新型コロナワクチン(コミナティ)接種 予診票

## 【一般用】

- ▼接種希望の方は、太ワク内のみご記入ください。回答欄にはどちらかに○印をつけてください。
- ▼体温は接種当日に検温したものを記入ください。
- ▼当院では、小学生以下の接種はできません。  
中学生・高校生は保護者の署名が必要です。また、中学生は保護者同伴でご来院ください。

※公費接種の方(藤沢市在住65歳以上)  
こちらの予診票は使用できません。

住 所		TEL ( ) -	
フリガナ	男・女	生年 月 日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 ( 歳 ヶ月)
受ける人の氏名			
(保護者の氏名)			

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
1. 今日受ける予防接種について説明文を読んで理解しましたか	いいえ	はい	
2. 今日受ける新型コロナワクチン接種は今シーズン1回目ですか	いいえ ( 回目) 月 日接種	はい	
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか	ある (具体的に)	ない	
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい(病名) 薬を飲んでいますか (いる・いない)	いいえ	
5. 最近1カ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか	はい(病名)	いいえ	
6. 今までに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患・免疫不全症、その他の病気)にかかり、医師の診察を受けていますか	いる(病名)	いいえ	
(“いる”の場合)その主治医に、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか	いいえ・聞いていない	はい	
7. 今までにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか	ある 回ぐらい 最後は 年 月ごろ	ない	
8. 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	ある(薬または食品の名前)	ない	
9. これまでに予防接種を受けて、特に具合が悪くなったことがありますか	ある(予防接種名・症状)	ない	
10. 最近1カ月以内に予防接種を受けましたか	はい(予防接種名: )	いいえ	
11. (女性の方に)現在、妊娠してる、またはその可能性はありますか または、授乳中ですか	はい	いいえ	
12. 今日の予防接種について質問がありますか	ある(具体的に)	ない	

医師記入欄: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) 医師の署名または記名押印  
本人または保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済制度について説明した。

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、副反応の可能性などについて理解した上で、接種を希望しますか。(希望する・希望しません) 本人の署名(もしくは保護者の署名)  
(代筆者の場合:続柄 )  
※被接種者が自署できない場合は、代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載してください。

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種年月日
コミナティ筋注シリンジ12歳以上用 (オミクロン株(JN.1)対応ワクチン) Lot No.	筋肉注射 0.3 mL	実施場所: 藤沢市羽鳥1丁目3番43号 医療法人社団若林会 湘南中央病院 医師名: 呉 鐵 仁 接種年月日: 年 月 日



記載いただきました個人情報 Wakuchin 接種の予診にのみ使用いたします。