

記入例

文字が消えるボールペン等は使用
できません

当日は、学生は学生証と一緒に、住所が確認できるもの（マイナンバーカード、運転免許証、保険証等）を持参してください。

新型コロナワクチン接種の予診票

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

※左隅に合わせ、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)

①住民票の住所

兵庫県	神戸市	灘区 六甲台町 1番地
氏名	神戸 花子	電話番号 (090) 1234 - 5678

⑤当日の朝計測して記入

④ 年月日(西暦) 2000年01月01日生(満21歳) 男 女 診察前の体温 度 分

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	
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。	<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() 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()	<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りますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

⑥全ての質問について該当する方に✓

医師記入欄 以上の問診及び診察の結果、今日の接種は(はい 見合わせる) 医師署名又は記名押印

本人に対して、接種の効果、副作用、説明した。
 接種者は6歳未満である(該当する場合は空白欄に記入してください)

⑦該当する場合記入

⑧該当する方に✓

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 被接種者又は保護者自署 神戸 花子

⑩氏名を記入

医師記入欄

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
シール貼付位置	0.5 ml	実施場所 (職域)神戸大学職域接種会場
※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください		医師名
(注)有効期限が切れていないか確認		接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
		2021年0月 日

⑨接種日を記入

新型コロナワクチンは任意接種となります。未成年者については保護者の同意を得てください(書面不要)。接種の有無によって学生に不利益が生じることはありません。また、それをもって差別等することがないよう、一人ひとりが意識してください。

接種希望者は、神戸大学で接種しても、居住地の自治体で接種しても構いません。ただし、1回目と2回目は同じ会場で接種する必要があります。