

定型書式

新型コロナウイルス感染症予防接種予診表



시각장애인을 위한 QR코드

- 新型コロナウイルス感染症-(以下、新型コロナ)予防接種の案内および予防接種後に発生しうる異常反応に関する情報を十分に受け取り、医師の予診結果による予防接種を受けます。  同意  同意しない
- 新型コロナ予防接種を受けることに同意する場合、安全な予防接種のために、下記の質問事項をよくお読みになり、本人(法定代理人、保護者) 確認欄に記録してください。

|  |  |  |   |   |
|--|--|--|---|---|
| 氏名   |  | 住民登録番号(外国人登録番号)                              | - | ( <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女)  |
| 電話番号   | (自宅)                                   |  |   | (携帯電話)  |
| <p align="center"><b>予防接種業務のための個人情報の処理などに対する同意事項</b></p>   |  |  |   | 本人(法定代理人、保護者) 確認 <input checked="" type="checkbox"/>      |
| 「感染症の予防および管理に関する法律」第33条の4および同法施行令第32条の3に基づき、住民登録番号などの個人情報および敏感情報を収集しています。追加収集される項目は以下のとおりです。   |  |  |   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 個人情報の収集・利用目的 : 次の接種および完了可否、予防接種後の異常反応可否関連メールなど</li> <li>■ 個人情報の収集・利用目的 : 個人情報(敏感情報、住民登録番号を含む)、電話番号(自宅/携帯番号)</li> <li>■ 個人情報の保有および利用期間 : 5年</li> </ul> |  |  |   |   |
| 1.新型コロナ予防接種前に、接種対象者の内訳を<新型コロナ予防接種管理システム>で事前確認することに同意します。<br>* 予防接種の内訳の事前確認に同意しない場合、不必要な追加接種または交差接種が生じることがあります。   |  |  |   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
| 2.新型コロナ予防接種の次の接種および完了可否に関する情報、新型コロナ予防接種後の異常反応の発生可否と関連した文字メールなどを受信することに同意します。<br>* 文字メールの受信に同意しない場合、同意しない項目の情報を受信できません。<br>※但し、予防接種者の生命と健康を保護するため、異常反応と関連した重要な情報などの場合は、同意の有無に関わらず案内されることがあります。  |  |  |   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
| <p align="center"><b>接種対象者に対する確認事項</b></p>   |  |  |   | 本人(法的代理人、保護者) 確認 <input checked="" type="checkbox"/>      |
| ① (女性) 現在妊娠中ですか?   |  |  |   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
| ② 以前と違って今日具合の悪いところがありますか? 症状を記入してください。( )  |  |  |   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
| ③ 新型コロナ感染と診断されたことがありますか? あれば診断日を記入してください。( 年 月 日)  |  |  |   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
| ④ 最近14日以内にワクチン(コロナワクチン以外)接種を受けたことがありますか?   |  |  |   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
| ⑤ 新型コロナワクチンの接種を受けたことがありますか? <input checked="" type="checkbox"/> 'いいえ'の場合は ⑥番の項目へ あれば接種日を記入してください。(接種日: 年 月 日)  |  |  |   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
| ⑤-1.新型コロナワクチンの接種後、重症アレルギー反応(アナフィラキシー:ショック、呼吸困難、意識消失、唇/構内の浮腫など)が現れて治療を受けたことがありますか?<br>(重症アレルギー反応が現れたワクチンの種類: )  |  |  |   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
| ⑤-2.新型コロナワクチンの接種後に血小板減少性、血栓塞栓症、毛細血管漏出症候群、心筋炎/心嚢炎等の重症異常反応が現れて治療を受けたことがありますか?(重症異常反応の種類: 、異常反応が現れたワクチンの種類: )   |  |  |   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
| ⑥以前に重症アレルギー反応(アナフィラキシー:ショック、呼吸困難、意識消失、唇/構内の浮腫など)が現れて治療を受けたことがありますか?あれば重症アレルギー誘発物質が何であるのかわかれば記入してください。( )   |  |  |   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
| ⑦血液凝固障害を患っているか、抗凝固剤を服用中ですか?<br>そうであれば疾患名または薬の種類を記入してください。( )   |  |  |   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
| 本人(法定代理人、保護者) 氏名: (署名) 接種対象者との関係: 年 月 日  |  |  |   |   |
| <p align="center"><b>医師予診結果 (医師記録欄)</b></p>  |  |  |   | 確認 <input checked="" type="checkbox"/>                    |
| 体温: ℃  |  | 予防接種後、異常反応について説明した                           |   | <input type="checkbox"/>                                  |
|  |  | 「異常反応を観察するために、接種後15~30分間は予防接種機関に留まること」を説明した。 |   | <input type="checkbox"/>                                  |
| 予診結果   | <input type="checkbox"/> 予防接種の可能       |  |   |   |
|  | <input type="checkbox"/> 予防接種の延期(事由: ) |  |   |   |
|  | <input type="checkbox"/> 予防接種の禁忌(事由: ) |  |   |   |
| 異常の問診および診察を行ったことを確認します。 医師氏名: (署名)   |  |  |   |   |
| <p align="center"><b>予防接種指向者記録欄</b></p>  |  |  |   |   |
| 製造会社   |  | ワクチン製造番号                                     |   | 接種部位  |
|  |  |  |   | <input type="checkbox"/> 左上腕 <input type="checkbox"/> 右上腕 |
| 接種者氏名: (署名)  |  |  |   |   |