

※太枠内を記入して下さい。

宜野湾市

※接種日において、住民登録のある住所を記入して下さい。

		診察前の体温	℃
氏 名			電 話 番 号
住 所	宜野湾市		男 ・ 女
生 年 月 日	大正 ・ 昭和 年 月 日生 （満 歳）		

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
1. 今日の新型コロナウイルス予防接種は、今年度初めての接種ですか。 （今年度、すでに公費で接種された方は対象外となります）	はい	いいえ	
2. 今日の新型コロナウイルスの予防接種について市から配られている 説明書を読み、予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	はい	いいえ	
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか。症状 （ ）	はい	いいえ	
4. 1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。（感染症含む） 病名 （ ）	はい	いいえ	
5. 現在、何か病気にかかっていますか。 病名 （ ）	はい	いいえ	
・ 治療（投薬など）を受けていますか。	はい	いいえ	
・ その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい	いいえ	
6. 今までに心臓血管系・腎臓・肝臓・血液、呼吸器・免疫不全症などの 病気、その他の病気にかかり、医師の診察を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
病名 （ ）			
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい	いいえ	
7. 1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 （ ）	はい	いいえ	
8. 今までに新型コロナウイルスの予防接種を受けたことがありますか。 「はい」と答えた方 いつ受けましたか。 （ 年 月 ）	はい	いいえ	
その際に具合が悪くなったことはありますか。	はい	いいえ	
9. 今までに予防接種(新型コロナウイルス感染症以外)を受けて、具合が悪く なったことがありますか。	はい	いいえ	
予防接種の種類 （ ） 症状 （ ）			
10. ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
11. 薬や食品（鶏卵や鶏肉など）で皮膚にじんましんが出たり、 アレルギー・体の具合が悪くなったことがありますか。	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。	はい	いいえ	

【医師記入欄】	※60歳以上65歳未満の対象者（心臓、腎臓、呼吸器、ヒト免疫不全による障害を有する方）のみご記入ください。	
	疾患名 （ ）	※身体障害者手帳の写しを添付
	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 ） 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明しました。 医師署名又は記名押印	

【新型コロナウイルス予防接種希望書及び同意書】（医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。）	
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度について 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 ） ※どちらかを○で囲んでください。	
また、予診票の記載が予防接種の安全性の確保を目的としていることを理解の上、本予診票が市に提出されることに同意します。	
被接種者自署（または代理人）署名	
（※自署できない者は代筆者が被接種者名で署名し、以下に代筆者名及び被接種者との続柄を記載）	
代筆者氏名	続柄

使用ワクチン名	接種部位 接種量	実施場所・医師名・接種年月日 ※接種を見合わせた場合(予診のみ)でも、実施場所等について、下記欄へご記入下さい。
Lot No. □予診のみ ※有効期限が切れていないか要確認	筋肉内接種 右 ・ 左 ml	実施場所 医 師 名 接種（予診）年月日 年 月 日

◆◆予防接種を受ける前の注意◆◆

- ①予防接種は、ご自身の体調の良い日に受けましょう。何か心配があるときは、かかりつけの医師にご相談ください。
- ②予診票は、基本的には接種を受けるご本人が責任をもって記入しましょう。
- ③受ける予防接種についての必要性や副反応について、よく理解しておきましょう。



(宜野湾市予防接種のページ)

※予防接種法に基づく新型コロナウイルス感染症の予防接種は、**自らの意思と責任で接種を希望する場合にのみ接種を受けることができます。**予防接種を受ける前に、医師から十分に説明を聞き、必要性や副反応についてよく理解し同意した上で、接種を希望して、受けてください。
なお、本人の接種の意思確認ができない場合には、接種を受けることができません。

《対象者》・65歳以上の方

- ・60歳以上65歳未満の方で、心臓、じん臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活活動が極度に制限されている程度の障害を有する方及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する方。
(身体障害者手帳 1 級程度)
※該当の有無を医師へご相談ください。

《接種回数》 1 回 **※公費助成は、1 回限りです。**

《場 所》 指定された医療機関（別紙）

《費 用》 自己負担 5,000円（生活保護受給者は自己負担金なし）
※生活保護受給中の方は、生活保護受給者証または生活保護受給証明書などの生活保護受給者であることがわかるものを提示してください。

《接種する際は》 指定医療機関へ電話予約をお願いします。
その際、持参するものを病院へ確認してください。

※接種を希望される方は、同封の予防接種説明書もよくお読みの上、接種に臨んで下さい。