

○ 予診票記入例

※赤枠は必須、青枠は当日受付で記載する。
 ※消えるボールペンでの記入は認められません

※左詰めでご記入ください。

新型コロナワクチン接種の予診票

※赤枠内にご記入またはチェックを入れてください。

住民票に記載されている住所	愛知 都 道 府 県 日進 市 区 村
	〇〇町 1 - 15
フリガナ	ニッシン ハナコ
氏名	日進 花子
生年月日 (西暦)	年 月 日 日生 (満 歳) 男・女
電話番号	(000) 00 - 0000
診察前の体温	度 分

学籍番号 ※学生識別番号＝名古屋大生→b、名古屋学芸大生→c、名古屋フッパシヨン専門学校生→d、名古屋栄養専門学校生→e、名古屋製菓専門学校生→f
 職員番号 ※職員識別番号＝法人職員→aa1、外大教職員→ab1、学芸教職員→ac1、外大・学芸共通部門教職員→ah1、フッパシヨン専門学校教職員→ad1、栄養専門学校教職員→ae1、製菓専門学校教職員→af1、専門学校共通職員→ag1、愛野幼稚園教職員→ai1、業者の方→am5

住所は、住民票のある住所をご記入下さい

接種会場受付で検温します

男性の場合は「いいえ」にしてください。

こちらは予防接種に関する同意欄です。
 事前に記入してお持ちください。
 ※日付は接種日をご記入ください。

新型コロナワクチンの接種を初めて受けますか。
 はい いいえ

接種する市町村は同じですか。
 はい 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。
 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:)

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()

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

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

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

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

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

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

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

今日の予防接種について質問がありますか。 はい いいえ

新型コロナワクチン接種希望書

ご理解の上で、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)

被接種者又は保護者日署
 年 月 日

実施場所 (職域)学校法人中西学園職域接種会場
 医療機関等コード 2309990223
 接種年月日 ※記入例 4月1日→04月01日
 2021年 0 月 日

管理番号