

入院患者・入所者の御家族様へ

医療法人社団尽誠会
野村病院 医事課

新型コロナワクチン接種について

入院・入所されている患者様及び入所者様の新型コロナワクチンの接種を希望される場合は、当院受付窓口まで直接予診票等をご持参ください。ご持参される場合は、予診票の太枠内（質問事項も含む）を分かれる範囲内で必ず記入し、同封してある接種券も必ずお持ちください。注意事項は下記のとおりとなりますので、ご確認お願いいたします。

また、予診票をお預かりしても体調及び病状により接種できない場合もございますのであらかじめご了承ください。

記

対応部署：受付窓口（医事課）

受付時間：9：00～16：00（土日祝も可）

締切日：令和3年6月30日まで

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区を入れてください。

住民票に記載されている住所	都 道 市 区 町 村 府 県	医療機関等使用欄	※2欄に合わせ、点線に沿ってまっすぐ貼り付けてください (クーポン貼付)
フリガナ			
氏名	電話番号 () - -		
生年月日 (西暦)	年 月 日 生 (満 歳)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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()		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他()			
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、体に具合が悪いく所がありますか。 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	
以上の問診及び診察の結果、今日の接種は: <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 見合わせる		医師署名又は記名押印	
医師記入欄 本人に対して、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、説明した。			
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。(<input type="checkbox"/> 接種を希望 <input type="checkbox"/> 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。			
ワクチン名・ロット番号		接種量	
接種場所		実施場所・医師名・接種年月日	
医師記入欄		医療機関等コード	
※特に合わせてまっすぐに貼り付けてください (注)有効期限が切れないか確認		医師名	
		接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日	
		2022年 月 日	

日付は接種日になるので
記入しないでください。

※赤で囲んである箇所は必ずご記入ください。(2枚とも)