

署名欄の記入例（12～15歳の場合）

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。

住民票に記載されている住所	千葉県 袖ヶ浦市 区 村		
	坂戸市場 1 番地 1		
フリガナ	ソデガウラ タロウ	電話番号	(090) 花子(母親) 0000 - 0000
氏名	袖ヶ浦 太郎		

※ワクチン接種後に医療機関において貼り付けてください

保護者の名前（続柄）・電話番号
（接種時間に対応可能な
緊急連絡先）

生年月日 (西暦)		分	
新型コ (接種 現時点 『新型』 接種順 <input type="checkbox"/> 医 <input type="checkbox"/> 基 現在、作 病 治療 最近1 今日、体 けいれ 薬や食 葉・食 これまで 種類 現在妊 2週間 今日の	<h1>入力省略</h1>		
医師記入欄			

医師記入欄	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) 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。	医師署名又は記名押印
-------	--	------------

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 checked="" type="checkbox"/> 接種を希望します ・ <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。		令和3年 9月15日 被接種者又は保護者自署 袖ヶ浦 花子(母親) <small>(※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載) (※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被後見人の場合は本人又は成年後見人自署)</small>
---	--	--

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	※医療機関等コード・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。
	シール貼付位置 ※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください (注)有効期限が切れていないか確認	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> ml	実施場所 医師名	医療機関等コード 接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日 202 年 月 日