

Example for filling in the Pre-vaccination Screening Questionnaire

Please **make sure to fill in the areas in the red boxes** before coming for the appointment.
If there are any questions regarding the questionnaire, be sure to ask us on the day of the vaccination.

新型コロナワクチン接種の予診票

※本枠内に記入またはチェックを入れたください

住民票に記載されている住所	Hokkai 都 道 Niseko 市 区 村
フリガナ	Aza- 1-1
氏名	John Smith
電話番号	(090) 1234-5678
生年月日 (西暦)	1971年01月01日 日生 (満 50 歳) <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

The voucher sticker will be pasted by the staff on the vaccination day. Please do not do it yourself.

診察前の体温 度 分

Body temperature will be taken at the vaccination center.

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: 8月〇日、2回目: 月 日)	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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() 治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬 (See reverse side for list of blood thinning medications.) <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状()	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ	

Tick 'yes' if this is the 1st shot. If this is the 2nd shot, tick 'no' and write down the date of the 1st shot.

Individuals with a 'no' response will not be able to receive the vaccine.※

For individuals aged 16 to 64, tick 'no'.

If response to these questions are 'yes', please provide additional details by ticking the applicable boxes or filling in the brackets.

医師記入欄 Please do not fill in this section.

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。 (接種を希望します ・ 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。

2021年 8 月 〇 日 被接種者又は保護者自署

Write the day of vaccination here.

医師記入欄 Please do not fill in this section.

※Individuals whose registered address differs from the address on the vaccination voucher are required to obtain a new voucher from the town/city they are registered at. In this case, please follow the vaccination procedures of the registered town/city.
※For any inquiries about the COVID-19 vaccine, please feel free to contact the following call center provided by the Ministry of Health, Labour and Welfare: 0120-761770