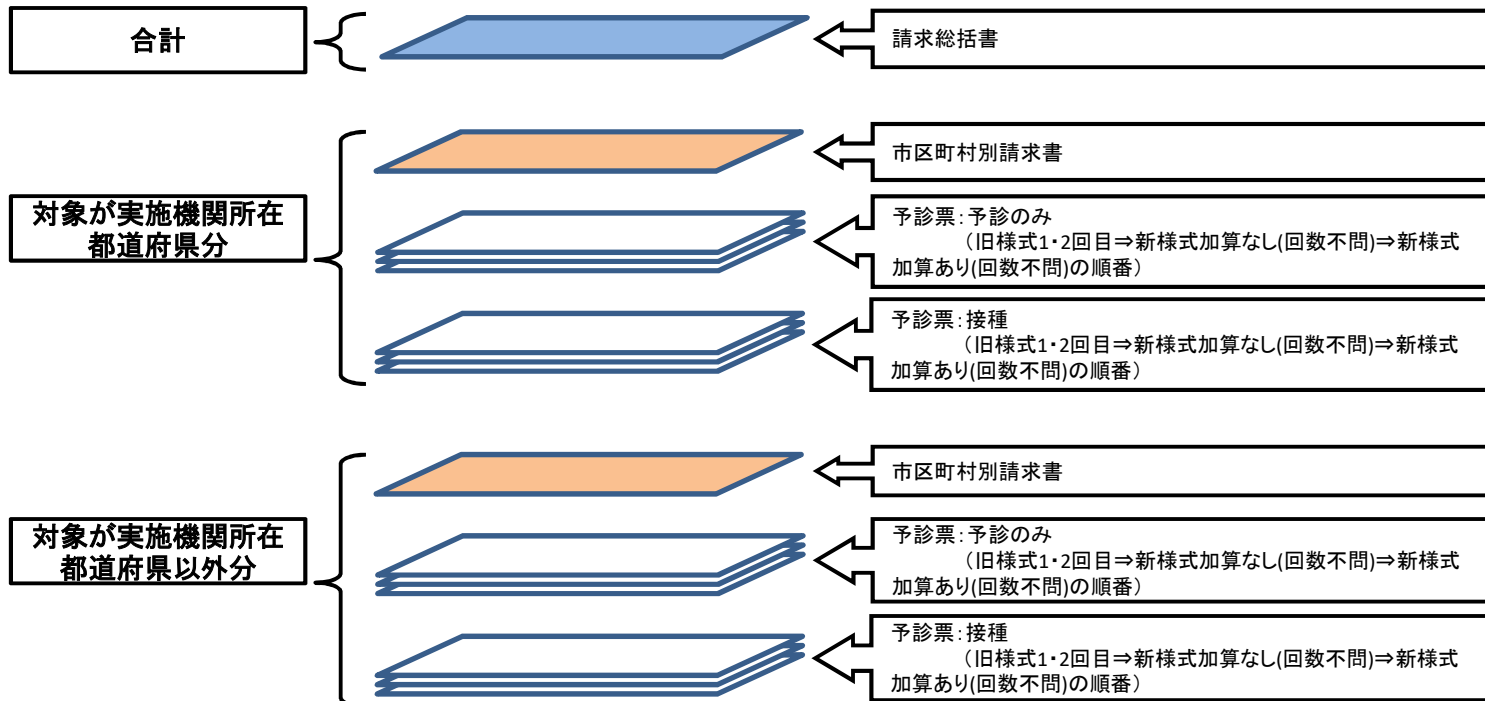


編綴順



∴ 市区町村番号順

※旧様式: 加算を示す医療機関記入欄がない予診票をいう
 新様式: 加算を示す医療機関記入欄がある予診票をいう

令和3年12月1日以降の予診票に 令和3年11月30日以前の旧接種券が 貼付されている場合(新旧混合様式)

別紙1-6

接種券		
券種	①2 ワクチン接種	②1 回目
請求先	③ ○○県○市	123456
券番号	④ 1234567890	
氏名	厚生 太郎	
		
⑤ OCRライン (18桁)		

※ 被接種者が令和3年11月30日までの接種券を持参した場合、当該接種券を令和3年12月1日以降の予診票に貼付することは差し支えない。

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票 (1・2回目用)

※太枠内にご記入またはチェック印を入れてください。

⑥	都道府県	市区町村
氏名	〒	
生年月日(西暦)	年	月
性別	男	女
診察前の体温	度	分

接種券貼付 (クーポン貼付)

質問事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナウイルスの接種を受けたことがありますか。 接種日(1回目: 年 月 日、2回目: 年 月 日) 接種を受けたワクチン()	<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、接種券又は右上の請求先に記載されている市町村は同じですか。 「新型コロナウイルスの説明書」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	
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"/> 毛細血管漏出症候群 <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()		
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、体に具合が悪いところがありますか。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	

医師記入欄
以上の問診及び診察の結果、今日の接種は(可能・ 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

接種パターン
 時間外(受付時間: ⑦) 休日 小児(6歳未満) 予診① 予診②
※接種する曜日によって、⑦の枠の中はAかBかCに記入してください。

新型コロナウイルスワクチン接種希望書
 医師の説明・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、接種を希望しますが、(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。
 年 月 日 被接種者又は保護者自署
(同意書が大きい場合は任意署名し、任意署名がない場合は被接種者との捺印を依頼。任意署名がない場合は同意書が提出された日から1週間以内)

ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所・要署名・接種年月日
シール貼付作業	ml	実施場所コード
※枠に合わせてまっすぐに貼付付けてください		⑧
(注)有効期限が切れていない確認		⑨ 2022年 月 日

No.	項目名	備考
①	券種	1: 予診のみ 2: ワクチン接種
②	回数	予診のみ、ワクチン接種どちらも 1回目、2回目がセット
③	請求先	6桁(総務省全国地方公共団体コード)
④	券番号	10桁(固定値・前ゼロ詰め)
⑤	OCRライン	券種(1桁)+回数(1桁)+市区町村コード(6桁)+券番号(10桁・固定値)
⑥	住民票に記載されている住所	※接種券部分に記載された市町村名との一致を確認する
⑦	接種パターン	1: 小児(6歳未満) 2: 小児以外(6歳以上) 3: 小児(6歳未満: 時間外) 4: 小児以外(6歳以上: 時間外) 5: 小児(6歳未満: 休日) 6: 小児以外(6歳以上: 休日)
⑧	医療機関コード	10桁
⑨	接種年月日	YYYYMMDD(西暦)

予診票(1～4回目用の統一様式)

別紙1-7



新型コロナウイルス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。

⑦ 住民票に記載されている住所

① 券種

② □ 予診のみ

③ 回数

④ 請求先

⑤ 券番号

⑥ OCRライン

⑧ 接種パターン

⑨ 医療機関コード

⑩ 接種年月日

医師記入欄

接種履歴

接種者情報

接種場所

接種年月日

医師記入欄

No.	項目名	備考
①	券種	2: ワクチン接種で固定
②	□ 予診のみ	□が塗りつぶしの場合、券種を「1: 予診のみ」で設定
③	回数	追加接種用であれば「3」or「4」 1、2回目用であれば「1」or「2」がセット
④	請求先	6桁(総務省全国地方公共団体コード)
⑤	券番号	10桁(固定値・前ゼロ詰め)
⑥	OCRライン	券種(1桁) + 回数(1桁) + 市区町村コード(6桁) + 券番号(10桁・固定値)
⑦	住民票に記載されている住所	※接種券部分に記載された市町村名との一致を確認する
⑧	接種パターン	1: 小児(6歳未満) 2: 小児以外(6歳以上) 3: 小児(6歳未満: 時間外) 4: 小児以外(6歳以上: 時間外) 5: 小児(6歳未満: 休日) 6: 小児以外(6歳以上: 休日)
⑨	医療機関コード	10桁
⑩	接種年月日	YYYYMMDD(西暦)