

Note on filling out the Prevacination Screening Questionnaire for COVID-19 Vaccine

- Please fill in the red bold frame of the Questionnaire and before coming to the vaccination.
- Do not use pencils or erasable pens when filling out the Questionnaire. Please use a ballpoint pen.
- The color of the Questionnaire is different for the 1st and 2nd dose. Please be careful when filling out the Questionnaire. (1st dose: pink, 2nd dose: blue)

2回目
新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

1回目
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。

Ibaraki 都 道 Tsukuba 市 区 町 村
1-1-1, Tennodai

※ワクチン接種時に貼り付けてください

所属・学年 School of ○○ College 4th year
学籍番号 201800000
職員番号

This is not University of Tsukuba unified Authentication System ID (13 digits). Please be careful.

Please fill in the address on your resident card. ※This is not your current address.

フリガナ ツクバ タロウ 電話番号 (090) KUBA Taro 1234 - 5678
年 1 月 7 日生 (満 21 歳) 男 女 診察前の体温 36 度 6 分

質問事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナウイルス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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
「新型コロナウイルスワクチンの説明書」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"/> 25歳以上 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 高齢者試験施設等の従事者	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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()	<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	

If you get the 1st dose of vaccinations, please check "はい". If you get the 2nd dose, please check "いいえ" and fill in the date of your 1st dose vaccination.

If you have received your Vaccination Voucher, please check "はい" after confirming that the address is the same as the address on your Vaccination Voucher. Do not check the box, if you have not received your Vaccination Voucher and leave the box blank.

Please check the "接種を希望します" box. (If you do not check this box, you will not be able to receive the vaccination.)

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

新型コロナウイルス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 7月 28日 被接種者又は保護者自署 TSUKUBA Taro

(※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被接種者の場合は本人又は成年後見人自署)

Write the date of the vaccination and sign your name.

医師記入欄

ワクチン名・ロット番号 シール貼付位置

接種量 ml

実施場所 (職域)筑波大学職域棟

医師名

接種年月日 ※医師記入欄・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください

2021年 月 日

新型コロナワクチン接種の予診票

Entry example

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

※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

住民票に記載されている住所	Ibaraki 都 道 府 県 茨 城 市 区 村 Tsukuba	
フリガナ	ツクバ タロウ	
氏名	TSUKUBA Taro	電話番号 (090) 1234 - 5678
所属・学年	School of ○○ College of ○○ 4th year	
学籍番号 職員番号	201800000	
生年月日 (西暦)	2000年12月7日生 (満21歳)	診察前の体温 36度6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 checked="" 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 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() <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	

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。(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 7月 28日 被接種者又は保護者自署 **TSUKUBA Taro**

(※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)

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 (職域) 筑波大学職域接種会場 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 2021年 月 日