



本日の体温 _____ °C

住所 世田谷区 _____ TEL (_____) _____

接種者^{ふりがな}氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日 歳 男 女

1. 本日の体調に不安はありますか？ (ある / ない)

・ある (具体的に) 鼻水はでていますか？ (はい / いいえ)

2. 最近1ヶ月以内に何か病気にかかりましたか？ (はい / いいえ)

・はい (病名) ※1週間以内に発熱 (37.5 以上) ある場合接種できません

3. 以下の項目に該当する場合チェックをして下さい

- 2歳以上、49歳以下である
- 妊娠中また妊娠の可能性がない
- アスピリンを服用していない
- ワクチン接種後にギランバレー症候群を発症したことがない
- 免疫の低下している人と日常的に接触がない
- 現在入院予定がない
- 慢性疾患 (心疾患、肺疾患、肝疾患、糖尿病など) がない
- 重症の卵アレルギーがない

- 1ヶ月以内にコロナウイルスに罹患した
- 本日鼻水がでている
- 気管支喘息があり、5歳以下の方で1年以内に喘息症状があった

4. 補償制度に関してご理解いただけましたか？ (はい / いいえ)

▶鼻、咳などの風邪症状がない場合クリーンルームで接種できます 希望 (あり / なし)

予防接種の効果や副反応など理解した上で
接種を希望します 保護者又は本人署名

スタッフ記入欄 今日予防接種は (可能 ・ 不可能)

医師氏名： _____