

◎住民票がある場所（住所地）以外での接種について

- ・入院・入所中の医療機関や施設でワクチンを受ける方 → 医療機関や施設でご相談ください。
- ・基礎疾患で治療中の医療機関でワクチンを受ける方 → 医療機関でご相談ください。
- ・お住まいが住所地と異なる方 → 実際にお住まいの地域でワクチンを受けられる場合があります。実際にお住まいの市町村ホームページでご確認いただくか、相談窓口にお問い合わせください。

◎ワクチンを受けるにはご本人または保護者(※)の同意が必要です。

ワクチンを受ける際には、感染症予防の効果と副反応のリスクの双方について、正しい知識を持っていただいた上で、ご本人または保護者の意思に基づいて接種をご判断いただきますようお願いいたします。受ける方または保護者の同意なく、接種が行われることはありません。

職場や周りの方などに接種を強制したり、接種を受けていない人に対して差別的な対応をすることはあってはなりません。

- (※)16歳以上の方はご本人の同意に基づき接種が行われます。
- 12～15歳の方は保護者の同意に基づき接種が行われます。予診票に保護者の署名がなければ予防接種は受けられません。

◎予防接種健康被害救済制度があります。

予防接種では健康被害（病気になったり障害が残ったりすること）が起こることがあります。極めてまれではあるものの、なくすことはできないことから、救済制度が設けられています。申請に必要となる手続きなどについては、住民票がある市町村にご相談ください。

予約に支援が必要な方へ

※役場及び接種会場に直接お越しいただいても予約はできません。

・視覚、聴覚障害のためご自身で予約が難しい方へ

寄居町障害者基幹相談支援センター（寄居町保健福祉総合センターユウネス内）までご連絡ください。

☎ 048-501-7027 FAX 048-581-8544

新型コロナワクチンの有効性・安全性などの詳しい情報については、厚生労働省ホームページの「新型コロナワクチンについて」のページをご覧ください。

厚労 コロナ ワクチン 検索



ホームページをご覧になれない場合は、お住まいの市町村等にご相談ください。

お問合せ先

寄居町役場健康づくり課 ☎048-581-8500

有効期限：令和6年3月31日まで

新型コロナワクチン接種の予診票（6回目）

※太枠内に必ずボールペンでご記入またはチェック☑を入れてください。

接種を希望する場合の記入例

住民票に記載されている住所	埼玉県 大里郡寄居市 大字寄居1180番地1	
フリガナ	ヨリイ タロウ	電話番号 (048) 581-2121
氏名	寄居 太郎	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日(西暦)	1955年2月11日 (満67歳)	診察前の体温

券種	2 (口予診のみ)	6 回目
請求先	埼玉県寄居町	114081
券番号	2000000000	QRコード
氏名	寄居 太郎	

231140812000000000

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受けたことがありますか。 接種回数(5回) 前回の接種日(令和4年1月1日) 前回接種を受けた新型コロナワクチンの種類(ファイザー)	<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、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。	<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	
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 checked="" 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
-------	---	------------

医療機関記入欄	<input type="checkbox"/> 時間外(受付時間 : ) <input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> 小児(6歳未満) <input type="checkbox"/> 予備① <input type="checkbox"/> 予備② <small>※該当する項目について、マークの形からはみ出さないように濃く塗りつぶしてください。</small>
---------	---

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。

令和5年 10月 1日 被接種者又は保護者自署 寄居 太郎

(※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取るよう記入してください。
	シール貼付位置	<input type="checkbox"/> ml	実施場所	医療機関等コード
	※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		医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
				2020年 月 日