

予診票確認時の注意事項について（点検マニュアル）

予防接種予診票の記入項目に誤りや記入漏れが無いかな確認をお願いします。

鉛筆や消せるボールペンは使用できません。自宅で記入してきた予診票は確認をお願いします。

23区以外の予診票は原則使用できません。（23区以外の場合は予防接種実施依頼書が必要です。）

【要確認】※予診票の有効期限です。
昭和36年10月3日～昭和37年4月1日生まれの人
は65歳になってから、接種可能です。予診票は65歳になる前に届きますが、有効期限（65歳誕生日前日の日付）が記載されていますのでご確認ください。
また、障害者区分の対象者で昭和41年10月3日～昭和42年4月1日生まれの人
は60歳になってから接種可能です。

【要確認】※自己負担額です。
港区民は全員無料です。
港区以外の22区民で、自己負担額（3,500円又は2,500円）と記載されている場合は、本人から自己負担額を徴収してください。

港区民は透かし文字「令和8年度」と表記がある予診票を使ってください。

体温を記入してください。37.5℃以上ある場合には、原則接種できません。医師の判断で接種する場合は医師記入欄にその旨記入してください。

質問事項の全てに回答があるか確認してください。「問診項目」は安全に予防接種が行えるか判定する重要な項目です。「予防接種ガイドライン」を確認し、予診を行ってください

医師は、本予診票を確認し、必要に応じて追加質問や診察をした上で、接種の可否の診断をし、必ずどちらかに○を記入してください。

問診及び診察をした医師の直筆サイン（医師署名）または、医師の名前の記載と押印の両方（記名押印）が必要で

【要確認】
医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記載してください。下記の接種年月日と同じ日付を記入してください。

【要確認】
被接種者自署欄は、必ず記入漏れがないよう確認してください。

【要確認】
対象者本人が自署できず、代筆する場合は、「被接種者氏名・代筆者氏名・被接種者との続柄」が記載されているか確認してください。

医療機関名等を記入してください。この欄の「医師名」は、ゴム印などの記名も可能です。「接種年月日」は、令和8年10月1日から令和9年3月31日までの期間内です。なお、対象期間以外で接種した場合等は、請求できませんのでご注意ください。

必ずロットシールを貼りつけて、ワクチンが有効期限内であることを確認してください。

令和8年度 高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種予診票（請求用） 港区

無料

有効期限 令和9年3月31日 から まで

【要確認】※予診票の有効期限です。
昭和36年10月3日～昭和37年4月1日生まれの人
は65歳になってから、接種可能です。予診票は65歳になる前に届きますが、有効期限（65歳誕生日前日の日付）が記載されていますのでご確認ください。
また、障害者区分の対象者で昭和41年10月3日～昭和42年4月1日生まれの人
は60歳になってから接種可能です。

【要確認】※自己負担額です。
港区民は全員無料です。
港区以外の22区民で、自己負担額（3,500円又は2,500円）と記載されている場合は、本人から自己負担額を徴収してください。

生年月日 (満 歳) 性別

※現在64歳の方は65歳の誕生日の前日から接種可能。予診票右上の有効期間を確認してください。（注）体温は医療機関で測ります。※印は医師の記入欄です。
下の太枠内の質問項目に必要事項を記入し、回答欄のどちらかに○をつけてください。

質問事項	回答欄	※医師記入欄
1 新型コロナウイルス感染症の予防接種を受けたことがありますか。 ①その際に具合が悪くなったことはありますか。 ②新型コロナウイルス感染症以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。	いいえ はい	はい いいえ
2 予防接種について、区からのお知らせを読みましたか。 などについて理解しましたか。	いいえ はい	はい いいえ
3 最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名 ()	はい いいえ	はい いいえ
4 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名 () その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい いいえ	はい いいえ
5 現在、ほかに何か病気にかかっていますか。病名 () 治療（ステロイド剤やその他の投薬など）を受けていますか。 その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいといわれましたか。	はい いいえ	はい いいえ
6 問診及び診察をした医師の直筆サイン（医師署名）または、医師の名前の記載と押印の両方（記名押印）が必要で	はい いいえ	はい いいえ
7 今日の前接種について質問がありますか。	はい いいえ	はい いいえ

医師記入欄 ※
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（実施できる、見合わせたほうがよい）と判断します。
効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。

医師署名又は記名押印

予防接種希望書（医師の診察の結果、接種が可能と判断し、予防接種の効果や副反応について理解した上で、接種の安全性の確保を目的としています。
予防接種予診票が区に提出されることに同意します。

（西暦） 年 月 日 被接種者署名
代筆者氏名 続柄

（白書きできない方は代筆者が被接種者氏名を）

使用ワクチン	接種量	実施場所
Lot No.	ml	実施機関名・住所・電話番号
	接種部位	接種医師名
	左・右	接種年月日

（注）有効期限が切れていないか要確認