

新型コロナウイルスワクチン接種状況

ID: _____ 患者氏名 _____

新型コロナウイルスワクチン接種状況についてご質問させていただきます。

<患者さん本人の新型コロナウイルスワクチン接種状況>

1) 未接種 理由 (_____)

2) 1回目実施日 (令和 年 月 日) 又は予定日 (令和 年 月 日)

2回目実施日 (令和 年 月 日) 又は予定日 (令和 年 月 日)

3回目実施日 (令和 年 月 日) 又は予定日 (令和 年 月 日)

4回目実施日 (令和 年 月 日) 又は予定日 (令和 年 月 日)

※ワクチン薬剤名 (モデルナ・ファイザー・アストラゼネカ・その他 (_____)

3) その他 (例) 1回目で副反応が強く出た為、2回目から打っていない。

(_____)

<キーパーソン (主介護者) の新型コロナウイルスワクチン接種状況>

(氏名 _____ 続柄 _____) (同居・別居 【 県内・県外 】)

1) 未接種 理由 (_____)

2) 1回目実施日 (令和 年 月 日) 又は予定日 (令和 年 月 日)

2回目実施日 (令和 年 月 日) 又は予定日 (令和 年 月 日)

3回目実施日 (令和 年 月 日) 又は予定日 (令和 年 月 日)

4回目実施日 (令和 年 月 日) 又は予定日 (令和 年 月 日)

3) その他 (_____)

2021. 12. 15 改訂

2022. 08. 10 改訂