

【2回目接種用】アレルギーチェック表

東京理科大学

新型コロナワクチンの接種にあたり、以下のアレルギーの有無について記入のうえ、当日会場で予診票と一緒にご提出ください。

チェック事項	該当する方に○を記入	
1. 薬品の服用等でアレルギー症状が出たことがある	はい	いいえ
2. 特定の食品についてアレルギーがある	はい	いいえ
3. 金属アレルギーがある	はい	いいえ
4. その他、アレルギーについて心配なことがあり、当日医師に相談したい	はい	いいえ
5. 1回目のワクチン接種後、経過観察スペース又は帰宅直後に著しく体調を崩して治療を受けた。 発熱、腕の痛み等は除く。 (例) ・血圧が著しく低下して倒れた ・呼吸することが著しく困難であった ・嘔吐した 等	はい	いいえ

学籍番号・職員番号

※学籍番号・職員番号は所持している人のみ

接種者氏名

以上