

新型コロナウイルス感染症予防接種予診票

		診察前の体温	度	分
住	所			
氏	名			男 ・ 女
生	年	月	日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日生 (満 歳)

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日の新型コロナウイルス感染症の予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか。(説明書は裏面に記載)	はい	いいえ	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	はい	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。 病 名 ()	はい	いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか。	はい	いいえ	
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言われましたか。	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。()	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
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	はい はい はい	いいえ いいえ いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
1 カ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 ()	はい	いいえ	
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 ()	はい	いいえ	
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言われましたか。	はい	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 ()	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	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(可能・見合わせる) 本人に対して、予防接種の効果、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
-------	---

ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No. (注)有効期限がきれていないか確認	筋肉内接種 m l	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

新型コロナウイルス感染症予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)

医師の診察・説明を受け、予防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、予防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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。
令和 年 月 日 被接種者自署 _____
(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

新型コロナウイルス感染症定期予防接種についての説明書

1. 予防接種を受ける前に

- ・この説明書をよくお読みになり、この予防接種の目的や効果、副反応等について確認してください。
- ・予診票は、医師にとって予防接種の可否を決める大切な情報です。接種を受ける人が正しく記入してください。

2. 新型コロナウイルス感染症について

新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）による感染症が発症すると、熱や咳など風邪によく似た症状が見られます。軽症のまま治癒する人も多い一方、重症化すると、呼吸困難などの肺炎の症状が悪化し、死に至る場合もあります。

3. 新型コロナワクチンについて

令和6年度以降の接種については、個人の重症化予防により重症者を減らすことを目的とし、定期接種（B類）として実施することになっています。ワクチンの接種を受けても、発症等を完全に予防できるわけではありません。ワクチン接種にかかわらず、引き続き、適切な感染防止策を行う必要があります。

4. 予防接種を受けることができない人

下記に該当する方は接種ができません。該当すると思われる場合は、必ず接種前の診察時に医師へ伝えてください。

- ①明らかに発熱している人（※1）
- ②重い急性疾患にかかっている人
- ③ワクチンの成分に対し重度の過敏症（※2）の既往歴のある人
- ④上記以外で、予防接種を受けることが不適当な状態にある人

（※1）明らかな発熱とは、通常37.5℃以上を指します。ただし、37.5℃を下回る場合も平時の体温に鑑みて発熱と判断される場合はこの限りではありません。

（※2）アナフィラキシーや、全身性の皮膚・粘膜症状、喘鳴、呼吸困難、頻脈、血圧低下等、アナフィラキシーを疑わせる複数の症状。前回までの接種でこれらの症状があった人は、同一成分を含むワクチンの追加接種はできません。

5. 予防接種を受けるにあたり注意が必要な人

下記にあてはまる方は接種について、注意が必要です。該当すると思われる場合は、必ず接種前の診察時に医師へ伝えてください。

- ①抗凝固療法を受けている人、血小板減少症または凝固障害のある人
- ②過去に免疫不全の診断を受けた人、近親者に先天性免疫不全症の方がいる人
- ③心臓、腎臓、肝臓、血液疾患や発育障害などの基礎疾患のある人
- ④過去に予防接種を受けて、接種後2日以内に発熱や全身性の発疹等のアレルギーが疑われる症状がでた人
- ⑤過去にけいれんを起こしたことがある人
- ⑥ワクチンの成分に対して、アレルギーが起こるおそれがある人

過去に、薬剤で過敏症やアレルギーを起こしたことのある人は、接種前の診察時に必ず医師へ伝えてください。

6. 接種を受けた後の注意点

- ①接種を受けた後、体調に異常を感じた場合には、速やかに医師へ連絡してください。
- ②注射した部分は清潔に保つようにし、接種当日の入浴は問題ありませんが、注射した部分はこすらないようにしてください。また、接種後に体調が悪い時は無理をせず、入浴を控える等、様子を見るようにしてください。
- ③通常の生活は問題ありませんが、当日の激しい運動や過度の飲酒等は控えてください。

7. 副反応について

- ①主な副反応は、注射した部分の痛み、頭痛、関節や筋肉の痛み、疲労、寒気、発熱等があります。また、稀に起こる重大な副反応として、ショックやアナフィラキシーがあります。

なお、新型コロナワクチンは、新しい種類のワクチンのため、これまでに明らかになっていない症状が出る可能性があります。接種後に気になる症状があった場合は、接種医あるいはかかりつけ医に相談してください。

- ②ごく稀ではあるものの、ワクチン接種後に心筋炎や心膜炎を疑う事例が報告されています。接種後数日以内に胸の痛みや動悸、息切れ、むくみ等の症状が現れたら、速やかに医療機関を受診してください。
- ③ごく稀ではあるものの、mRNA ワクチン接種後にギラン・バレー症候群が報告されています。接種後、手足の力が入りにくい、しびれ等の症状が現れたら、速やかに医療機関を受診してください。

8. 予防接種健康被害救済制度について

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。極めて稀ではあるものの、なくすことができないことから、救済制度が設けられています。申請に必要な手続きなどについては、飯南町保健福祉課にご相談ください。