

# 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	天童市			
ふりがな				男・女
氏 名				
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(裏面)を読みましたか。	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。	はい	いいえ	
①その際に具合が悪くなったことはありますか	はい	いいえ	
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	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	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	<p>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)</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">医師署名又は記名押印</p>
-------	--

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  ml	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)

裏面に説明書があります。接種前に必ずお読みください。

## 天童市高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種について

ワクチン接種は強制ではありません。接種の努力義務や市からの接種勧奨はありません。

ワクチンの効果と副反応のリスクの双方について理解し、ご本人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。

### 予防接種を受ける前に（必ずお読みください。）

高齢者新型コロナウイルス感染症の予防接種について効果や副反応をよく理解してから接種しましょう。気にかかることやわからないことがあれば予防接種を受ける前に担当の医師によく聞きましょう。十分に納得できない場合は、接種を受けないでください。

予診票は接種する医師にとって予防接種の可否を決める大切な情報です。接種を受けるご本人が責任を持って記入し、正しい情報を接種医に伝えてください。ご高齢の方などでご自身での記入が難しい場合は健康状態をよく把握しているご家族の方など代理人がご記入ください。なお、接種を受ける本人の意思が確認できない場合は接種できませんのでご了承ください。

### 予防接種を受けることができない人

- 明らかに発熱している人（一般的に、体温が37.5℃を超える場合を指します。）
- 重い急性疾患にかかっている人
- 新型コロナウイルスワクチンの成分に対し重度の過敏症（※1）の既往歴がある人
- 上記以外で、予防接種を受けることが不適當な状態にある人

（※1）重度の過敏症とは、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を指します。前回までの接種でこれらの症状が認められた人は、同一の成分を含むワクチンを用いた接種を受けることができません。

### 予防接種を受けるに当たり、担当医師とよく相談しなければならない人

- 心臓、腎臓、肝臓、血液疾患や発育障害などの基礎疾患がある人
- 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などのアレルギーが疑われる症状がでた人
- 過去にけいれんを起こしたことがある人
- 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がある人は、接種前の診察前に必ず医師へ伝えてください。

### 接種を受けた後の注意点

- ワクチンの接種を受けた後、30分間は、急な副反応が起こることがあります。接種医師と連絡がとれるようにしておきましょう。
- 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、入浴は控える等、様子を見るようにしてください。
- 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。

### 副反応について

- 主な副反応は、注射した部分の痛み、倦怠感、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、本ワクチンは、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を認めた場合は、接種医あるいはかかりつけ医に相談してください。

### 予防接種健康被害救済制度について

予防接種後の副反応による健康被害（病気になったり障害が残ったりすること）は、極めてまれですが、なくすことができず不可避免的に生ずるものです。健康被害救済制度は、接種に係る過失の有無に関わらず、予防接種と健康被害との因果関係が認定された方を救済するものです。認定された場合は予防接種法に基づく救済（医療費・障害年金等の給付）が受けられます。申請に必要な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。

そのほか、わからないことがありましたら、接種医療機関または下記までお問い合わせください。

問い合わせ先 天童市健康福祉部健康課 健康企画係 TEL023-652-0884