

新型コロナウイルス感染症予防接種予診票兼接種申込書 (医療機関用)

診察前の体温 _____ 度 分

住 所	小牧市		
(フリガナ) 氏 名	()	男 ・ 女	
生 年 月 日	大正・昭和 年 月 日生 (満 歳)	電話番号	() -

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が。	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。	はい	いいえ	
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 か月以内に予防接種を受けましたか。	はい	いいえ	
予防接種の種類 (接種日 月 日)	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。	はい	いいえ	
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 か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。	はい	いいえ	
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・メーカー名	接 種 量	実施場所・医師名・接種 (予診) 年月日
Lot No.	筋肉内接種	実施場所 わたなベクリニク 医 師 名 渡 邊 英 世 接種 (予診) 年月日 令和 年 月 日
メーカー名	ml	

新型コロナウイルス感染症予防接種希望書 (医師の診察・判定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うえで、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

(※) 意思確認はできましたが、自署できないため、代筆者が被接種者名を記入し、代筆者署名及び被接種者との続柄を記載します。

代筆者署名及び被接種者との続柄 氏名 続柄 ()

1. 対象者 小牧市に住民登録のある、接種時に65歳以上の人
60～64歳で対象となる人※
※ 心臓、腎臓または呼吸器の機能に障害があり、身の回りの生活が極度に制限される人、ヒト免疫不全ウイルス（HIV）による免疫の機能に障害があり、日常生活がほとんど不可能な人

2. 予防接種を受けることができない人
 - ① 明らかな発熱を呈している人
 - ② 重篤な急性疾患にかかっている人
 - ③ ワクチンの成分に対し、アナフィラキシーを起こしたことがある人
 - ④ その他、予防接種を行うことが不適当な状態にある人

3. 予防接種を受けるに際し、お医者さんとよく相談しなくてはならない人
 - ① 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患等の基礎疾患を有する人
 - ② 予防接種で接種後2日以内に発熱のみられた人及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある人
 - ③ 過去にけいれんの既往のある人
 - ④ 過去に免疫不全の診断がされている人及び近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
 - ⑤ 接種しようとする接種液の成分に対してアレルギーを呈するおそれのある人
 - ⑥ バイアルのゴム栓に乾燥天然ゴム（ラテックス）が含まれている製剤を使用する際の、ラテックス過敏症のある人

4. 新型コロナウイルス感染症とは
新型コロナウイルス感染症の原因ウイルスは、SARS CoV-2（SARS Corona Virus 2）とされています。症状は、呼吸器感染症なので、発熱・咽頭痛・咳などが中心となります。基礎疾患のある場合は、重症化のリスクがあるとされています。また、高齢者での重症化率、致死率は高いとされています。

5. 予防接種の副反応
主な副反応として、注射した部分の痛み、疲労、頭痛、筋肉や関節の痛み、寒気、下痢、発熱等がみられることがあります。こうした症状の大部分は、接種後数日以内に回復しています。稀な頻度でアナフィラキシー（急性のアレルギー反応）が発生することがあります。

6. 予防接種後の注意事項
 - ① 接種後30分間は急な副反応が起こる場合があるので、接種医とすぐに連絡が取れるようにしておきましょう。
 - ② 当日の入浴は差し支えありません。
 - ③ 接種後高熱などの症状があれば、接種医のもとで必ず診療を受けてください。