

新型コロナ(高齢者)予防接種予診票

				診察前の体温		度		分	
住 所	那須烏山市								
フリガナ					男・女	生年月日	大正・昭和		
受ける人の名前							年	月	日生
電話番号	()						(満 歳)		

よく読んで当てはまる項目を○で囲み、また、必要なところに記入してください。

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
1 今日の新型コロナウイルス感染症予防接種について、市が提供している情報を読みましたか	は い	いいえ	
2 今日の予防接種の効果や副反応について理解しましたか	は い	いいえ	
3 現在、何か病気にかかっていますか 病名()	は い	いいえ	
4 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よいといわれましたか	は い	いいえ	
5 免疫不全と診断されたことがありますか	は い	いいえ	
6 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	
7 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	
8 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がありますか	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	
9 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	
10 1ヵ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名() 接種日(年 月 日)	は い	いいえ	
11 今までに、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いわれましたか	は い	いいえ	
12 最近1ヵ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	
13 今日の予防接種について質問がありますか	は い	いいえ	

医師の記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせた方がよい)と判断します。
本人又は家族に対して、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、説明しました。

医師署名又は記名押印

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。

令和 年 月 日

このことを理解の上、本予診票が市に提出されることに同意します。

被接種者署名

※自署できない場合は家族等が署名し、代筆者の氏名及び被接種者との続柄を記載

使用ワクチン名	接 種 量	医療機関名	接種済証 発行の有無
ワクチン名 Lot No.	(筋肉内接種) ml	所 在 地 接種医師名 接種年月日 令和 年 月 日	有・無

(切り取り線)

新型コロナウイルス感染症予防接種済証					(医療機関名・接種医師名)				
住 所	那須烏山市				(接種年月日) 令和 年 月 日				
氏 名									
生年月日	大正・昭和	年	月	日					

新型コロナワクチン予防接種を受ける方へ

1. 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(COVID-19)は、SARS-CoV-2と呼ばれるコロナウイルスによって引き起こされる病気です。ウイルスを含むせきやくしゃみ等の飛沫、感染者の口や鼻に直接触れることにより感染します。発熱、のどの痛み、せき、鼻水など風邪に似た症状が見られます。軽症のまま治癒する方も多い一方、高齢者は重症化することもあるので注意が必要です。

新型コロナワクチンの予防接種については、重症化予防の効果が確認されており、流行している株に対応したワクチンが用いられます。

2. 予防接種を受けるときの注意

- (1) 予診票は、接種の適否を判断する重要な手掛かりとなります。身体の状態を確認し、責任をもって記入し、接種する医師に正しい情報を提供しましょう。
- (2) わからないことや疑問なことなどは、かかりつけの医師に相談しておきましょう。
- (3) 当日は、体調に普段と変化がないかをよく観察しましょう。

3. 予防接種を受けることができない人

次のいずれかに該当すると認められる場合には、接種を行ってはいけません。

- (1) 明らかに発熱している人。(37.5度以上)
- (2) 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人。
- (3) このワクチンの成分、または他の薬品等によって過去に重いアレルギー症状(アナフィラキシーショック)を起こしたことのある人。
- (4) その他、予防接種を受けることが医師により不適当と判断された人。

4. 予防接種を受けるに際し、医師によく相談しなければならない人

健康状態及び体質について、次のいずれかに該当すると思われる場合、接種前に必ず医師とよく相談してください。

- (1) 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方。
- (2) 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患などを有する人。
- (3) 過去の予防接種後、2日以内に発熱のみられた人又は発疹・じんましん等のアレルギーを疑う症状がみられた人。
- (4) 過去にけいれん(ひきつけ)の既往のある人。
- (5) 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。

◇予防接種を受けた後の注意

- (1) 接種後30分は、ショックやアナフィラキシーが起こることがありますので、医師とすぐ連絡を取れるようにしておきましょう。
- (2) 接種後に、接種部位に痛み、だるさ、発熱、頭痛や関節痛などが生じることがあります。また、数日の間に胸痛、息切れなどの異常な症状が起きた場合は、速やかに医師の診察を受けてください。
- (3) 入浴は差し支えありませんが、注射した部分をこすことはやめましょう。
- (4) 接種当日は、接種部位を清潔に保ち、激しい運動や過度の飲酒などは避けましょう。
- (5) 新型コロナワクチンの接種後、違うワクチンを接種する場合の接種期間に制限はありません。