

新型コロナウイルスワクチン予防接種 予診票

任意接種

診察前の体温 _____ 度 分

住所			
フリガナ氏名	男 ・ 女		
(保護者の氏名)	TEL	()	
生年月日	(M / T / S / H / R)	年 月 日生	(歳 カ月)

質問事項	回答欄		医師記入欄
1、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	
2、今日受ける新型コロナウイルス感染症の予防接種について、区からの説明文を読みましたか。	いいえ	はい	
3、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。	いいえ	はい	
4、今日具合の悪いところがありますか。 具合が悪い症状を書いてください。()	はい	いいえ	
5、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	
6、心臓病・じん臓病・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() 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 はい	いいえ いいえ	
7、現在、他に何か病気にかかっていますか。 病名() 治療(ステロイド剤やその他の投薬など)を受けていますか。 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 はい はい	いいえ いいえ いいえ	
8、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	
9、薬や食品で、皮膚に発疹や蕁麻疹がでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
10、1か月以内に予防接種を受けましたか。予防接種名()接種日(/)	はい	いいえ	
11、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 (実施できる ・ 見合わせた方がよい) と判断します。
本人(もしくは保護者)に対して予防接種の効果・副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明した。

医師署名又は記名捺印 _____

新型コロナウイルス予防接種希望書

医師の診断・説明を受け予防接種の効果や副反応の可能性などについて理解した上で接種を希望しますか。
(希望します ・ 希望しません)どちらかを○で囲んでください。

接種日時 _____ 年 月 日

署名 _____ (代筆者の場合:続柄 _____)
なお、被接種者が自署出来ない場合は代筆者が署名し、被接種者との続柄を記入してください。

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時			
製薬会社 : ファイザー	mL	医療機関名	社会福祉法人	勝楽堂病院	
製造番号 :	接種部位	医師名			
	左 ・ 右	接種日時	年 月 日	時 分	

予防接種を受ける前に

(1) 一般的注意事項

新型コロナワクチン接種について、このお知らせをよく読み、必要性や副反応についてよく理解しましょう。気にかかることや分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や看護師に相談しましょう。十分に納得できない場合には、接種を見合わせてください。

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。接種を受ける方が、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。

(2) 予防接種を受けることができない人

- ① 明らかに発熱のある人(通常、37.5℃を超える場合)
- ② 重い急性疾患にかかっている人
急性の病気で薬を飲む必要がある人は、その後の病気の変化がわからなくなる可能性があるため、その日は接種を見合わせるのが原則です。
- ③ ワクチンの成分に対し、アナフィラキシーなど重度の過敏症の既往歴のある方。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。
- ④ その他、医師が不適当な状態と判断した場合
上記①～③に該当しなくても医師が接種不適当と判断した時は接種できません。

(3) 予防接種を受ける際に、担当医と相談しなくてはならない人

- ① 凝固療法を受けている人、血小板減少症または凝固障がいのある人
- ② 過去に免疫不全の診断がなされている人及び近親者に先天性免疫不全症の方がいる人
- ③ 心臓や血管、腎臓、肝臓、血液疾患や発育がいなど基礎疾患のある人
- 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などのアレルギーが疑われる症状がみられた人
- ⑤ 過去にけいれんを起こしたことがある人
- ⑥ 本ワクチンの成分に対して、アレルギーを起こすおそれがある方

(4) 新型コロナワクチンと他のワクチンとの接種間隔

新型コロナワクチンと他のワクチン(インフルエンザワクチンや肺炎球菌ワクチン等)との同時接種は医師が特に必要と認めた場合に可能です。また、他のワクチンとの接種間隔に制限はありません。

接種後の注意

- ① 予防接種を受けた後30分間は急な副反応が起こることがあります。医師(医療機関)とすぐに連絡が取れるようにしておきましょう。
- ② 注射した部分は清潔に保ってください。接種当日の入浴に特別な問題はありますが、注射した部位はこすらないようにしてください。
- ③ 接種当日の激しい運動や多量の飲酒は控えてください。

予防接種の副反応

ワクチンを接種した後は、接種部位の痛みや、倦怠感、発熱、頭痛や関節痛などが生じることがありますが、通常数日以内のうちに治ります。それらの症状がひどかったり、長引いたりする時は、医師(医療機関)の診察を受けてください。

予防接種健康被害救済制度について

この予防接種の副反応により生活に支障が出るような障がいを残すなどの健康被害を受けた場合、定期接種であれば予防接種法に基づく救済(医療費・障害年金等の給付)を、任意接種であれば独立行政法人医薬品医療機器総合機構法により救済を受けることができます。

医療機関名
社会福祉法人 勝楽堂病院 東京都足立区千住柳町5-1 03-3881-0137