

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

太線の中を黒のボールペンで記入して下さい。

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日の新型コロナワクチン接種について裏面の説明文を読みましたか	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、今日の予防接種を受けても良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	
新型コロナワクチン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新型コロナワクチン以外の予防接種で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ヶ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	
Lot No.	筋肉内接種 0. 3 m l	実 施 場 所 足寄町国民健康保険病院 医 師 名 接種年月日	令和 年 月 日

新型コロナワクチン接種希望書 (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

被接種者署名

(※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と予防接種について』

接種予定日

月 日 ()

1. 新型コロナウイルス感染症とは

新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）による感染症（COVID-19）です。

発症すると、熱や咳といったかぜによく似た症状がみられます。軽症の方、治癒する方も多いですが、症状が重くなると、呼吸困難や肺炎が重症化し、死亡にいたる場合もあります。

2. 新型コロナウイルス感染症予防接種の有効性

本ワクチンは新型コロナウイルス感染症の発症を予防するものです。本ワクチンの予防効果の持続期間は確立していません。過去に新型コロナワクチンの接種歴のない方が本ワクチンを2回接種した場合、ワクチン接種において十分な免疫ができるのは1～2週間程度と考えてください。

3. 新型コロナウイルス感染症予防接種の副反応

重大な副反応	主な自覚症状
ショック	冷汗、めまい、顔面蒼白、手足の冷感、意識消失
アナフィラキシー	全身のかゆみ、じんま疹、喉のかゆみ、ふらつき、動悸、息苦しい
心筋炎・心膜炎	胸の痛み、動悸、むくみ、息苦しい、息切れ、呼吸が荒い、呼吸が速い

これらの症状が認められた場合には、速やかに医師の診察を受けてください。

<起こるかもしれない体の症状>

- 注射した部位の痛み、腫れ、発赤・紅斑 ○頭痛 ○下痢 ○筋肉や関節の痛み
○リンパ節の腫れ ○疲労、寒気、発熱

注射した部位の痛みの多くは接種当日にあらわれ、持続期間は約2日、その他の症状の多くは接種翌日にあらわれ、持続期間は約1日とされています。通常、数日以内に治まります。

4. 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（37.5℃を越える場合）
- ②重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
- ③過去に新型コロナワクチンによって、アナフィラキシーを起こしたことが明らかな人
- ④上記①～③に入らなくても、医師が不適当な状態と判断した場合

5. 予防接種を受けるに際し、担当医師とよく相談しなくてはならない人

- 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人がいる人
- ③心臓病、腎臓（じんぞう）病、肝臓病や血液、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、2日以内に発熱や全身性の発疹などアレルギーが疑われる症状が出た人
- ⑤過去にけいれんの既往のある人
- ⑥本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

予防接種を受ける前に

新型コロナウイルス感染症の予防接種について、有効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に確認してください。

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、正しい情報を医師に伝えてください。

※接種を受けることの義務はなく、本人が接種を希望する場合に限り接種を行います。

★お問い合わせ先～役場福祉課保健福祉室 保健推進担当 （0156）－25－2571