

コロナ

新型コロナウイルス予防接種予診票

※太枠の中をペン(鉛筆不可)で記入してください。

住 所	中川郡豊頃町			体温	度 分			(自己負担額) ☐ 0歳～18歳 2,500円 ☐ 19歳～64歳 5,000円 ☐ 65歳以上等 1,000円 (定期接種) ☐ 生活保護世帯 0円
フリガナ				生年月日	大正・昭和・平成・令和			
氏 名					年 月 日生			
電話番号		性別	男・女		(満 歳 カ月)			

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。	はい (病名)	いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか。	はい (薬名)	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 (症状)	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 薬品・食品名()	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。	いいえ	はい	
① その際に具合が悪くなったことはありますか。	①はい	①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。	②はい 種類()	②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 (回くらい) (最後は 年 月ごろ)	いいえ	
1カ月以内に予防接種を受けましたか。	はい (月 日) 予防接種名()	いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患等の慢性疾患にかかったことがありますか	はい 病名()	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		
最近1カ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。	はい 病名()	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)と判断します。
 本人または保護者に対して予防接種の効果、副反応及び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予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と診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。

(希望します・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)

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	実施場所			
	☐ ml	医師名			
		接種年月日 令和 年 月 日			

※必ずお読みください

新型コロナ予防接種を受ける方へ

ワクチンの効果と副反応

今回接種するワクチンは、組換えタンパクワクチンという種類のワクチンです。免疫の活性化を促進する役割を担うアジュバントという物質が添加されています。本ワクチンを接種することにより、組換えスパイクタンパク質がヒトの細胞内に取り込まれると、それに対する抗体ができることで、ウイルスに対する免疫ができます。私たちがもつ体内の異物を攻撃する免疫の仕組みを利用して、新型コロナウイルス感染症の発症を予防します。

一方で、新型コロナワクチンには、下記のような副反応が知られています。

- 主な副反応は、注射した部分の痛み、頭痛、関節や筋肉の痛み、疲労、倦怠感、悪心・嘔吐、発熱などがあります。また、まれ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。接種後に気にあ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。
- 本ワクチンを接種後に心筋炎、心膜炎を発症したという報告があります。胸の痛みや動悸、むくみ、呼吸困難等の症状が現れたら速やかに医療機関を受診してください。

ワクチンを受けることができない人

下記に該当する方は本ワクチンを接種できません。該当すると思われる場合、必ず接種前の診察時に医師へ伝えてください。

- 明らかに発熱している人^{※1}
- 重い急性疾患にかかっている人
- 本ワクチンの成分に対し重度の過敏症^{※2}の既往歴のある人
- 上記以外で、予防接種を受けることが不適当な状態にある人

※1: 明らかな発熱とは通常 37.5℃以上を指します。ただし、37.5℃を下回る場合も平時の体温を鑑みて発熱と判断される場合はこの限りではありません。

※2: 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。前回までの接種でこれらの症状があった人は、同一成分を含むワクチンでの追加接種はできません。

予防接種を受けるあたり注意が必要な人

下記にあてはまる方は本ワクチンの接種について、注意が必要です。該当すると思われる場合は、必ず接種前の診察時に医師に伝えてください。

- 血小板減少症又は凝固障害のある人、抗凝固療法を受けている人
- 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人
- 心臓、腎臓、肝臓、血液疾患や発育障害など基礎疾患のある人
- 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アレルギーが疑われる症状が出た人
- 過去にけいれんを起こしたことがある人
- 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
- 妊娠中または妊娠している可能性がある人、授乳している人は、接種前の診察時に必ず医師に伝えてください。ただし、かかりつけの産婦人科医に確認していない場合でも、予診医によりワクチン接種が可能と判断された場合は接種が可能です。
- 過去に薬剤で過敏症やアレルギーを起こしたことのある人は、接種前の診察時に必ず医師に伝えてください。

予防接種は体調の良い時に受けましょう。

現在治療中の病気のある人は医師とよく相談して接種しましょう。

豊頃町役場福祉課健康係

(TEL 015-574-2214)