

6カ月～4歳（1回目、2回目、3回目、4回目）  
5歳～11歳（1回目、2回目）

新型コロナウイルス感染症予防接種予診票

|         |                   |        |   |               |
|---------|-------------------|--------|---|---------------|
|         |                   | 診察前の体温 | 度 | 分             |
| 住 所     |                   |        |   |               |
| 氏 名     |                   |        |   | 男 ・ 女         |
| 生 年 月 日 | 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 |        | 年 | 月 日生 （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。<br>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。<br>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カ月以内に予防接種を受けましたか。<br>予防接種の種類 （ ）                | はい    | いいえ |       |
| 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。<br>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。<br>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）<br><br>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。<br><br>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                              |
|---------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------|
| ワクチン名<br>Lot No.<br>(注)有効期限がきれていないか確認 | 筋肉内接種<br><br>0.3 ml | 実施場所 十勝いけだ地域医療センター<br>医師名<br>接種年月日 令和 年 月 日 |

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。
- ☐ 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)

# 新型コロナワクチン接種説明書



## 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が発症すると、熱や咳など風邪によく似た症状がみられます。軽症のまま治癒する人も多い一方、重症化すると呼吸困難などの肺炎の症状が悪化し、死に至る場合もあります。

## 2 新型コロナウイルス感染症の予防

流行前に予防接種を受けることが有効です。また、新型コロナウイルス感染症は、飛沫感染、接触感染、エアロゾル感染などにより感染するため、密閉・密集・密接には注意が必要です。人混みはなるべく避けるなどのほか、外出後はうがいや手洗いの励行も、普通の風邪等の予防と併せてお勧めします。

## 3 新型コロナワクチン接種の有効性

新型コロナワクチンについては、有効性や安全性が確認されたうえで薬事承認されており、さらに国内外で実施された研究などにより、新型コロナウイルス感染症にかかった場合の入院や死亡等の重症化等を予防する効果が認められたと報告されています。

## 4 新型コロナワクチン接種の副反応

- 注射した部分の痛み、頭痛、関節や筋肉の痛み、疲労、寒気、発熱等が現れることがあります。また、重大な副反応として、ショックやアナフィラキシーが現れることもあります。新型コロナワクチンは新しい種類のワクチンであるため、これまでに明らかになっていない症状が出る可能性があります。接種後に気になる症状があった場合は、接種医あるいはかかりつけ医に相談してください。
- 接種後、数日以内に胸の痛みや動悸、息切れ、むくみ等の症状が現れたら、速やかに受診してください。（ワクチン接種後に心筋炎や心膜炎を疑う事例が報告されています。）
- 接種後、手足の力が入りにくい、しびれ等の症状が現れたら、速やかに受診してください。（ワクチン接種後にギラン・バレー症候群が報告されています。）

## 5 助成回数・助成対象者

【定期接種】実施期間中（10月～翌年3月）1回分のみ

- ①接種当日65歳以上の方
- ②接種当日満60歳以上64歳以下で心臓、腎臓、呼吸器機能障がいがあり、身の回りの生活が極度に制限される方、ヒト免疫不全ウイルス（HIV）による免疫の機能に障がいがあり、日常生活がほとんど不可能な方

【任意接種】必要な回数分

（池田町）

- ①6か月～高校3年生に相当する年齢の方
- ②妊娠中の方

（豊頃町）

6か月～11歳までの方

（浦幌町）

6か月～64歳までの方

～裏面もご覧ください～

## 6 予防接種を受ける前に

### (1) 一般的注意

新型コロナワクチン接種について、説明書をよく読んで、必要性や副反応についてよく理解しましょう。気にかかることやわ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、各市町村の予防接種担当窓口にお問い合わせください。予診票は接種をする医師にとって、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。

### (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

一般的に、体温が37.5℃を超える場合を指します。

#### ②重篤な急性疾患にかかっている人

#### ③予防接種の接種液の成分によって、アナフィラキシーを起こしたことがある人。

「アナフィラキシー」というのは、通常接種後約30分以内に起こるひどいアレルギー反応のことです。発汗、顔が急にはれる、全身にひどいじんましんが出る、吐き気、嘔吐、声が出にくい、息が苦しいなどの症状に続き、血圧が下がっていく激しい全身症状です。

#### ④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。

上の①～③に入らなくても、医師が不適当と判断したときは接種できません。

### (3) 他のワクチンとの接種間隔について

新型コロナワクチンと他のワクチンとの接種間隔に制限はありません。医師が特に必要と認めた場合には他のワクチンとの同時接種も可能です。

### (4) 予防接種を受けるにあたり注意が必要な人

下記にあてはまる人は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へ伝えてください。

#### 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方がいる人

#### ③心臓・腎臓・肝臓・血液疾患や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出た人

#### ⑤過去にけいれんを起こしたことがある人

#### ⑥接種しようとする接種液の成分に対して、アレルギーが起こるおそれがある人

## 7 予防接種健康被害救済制度について

予防接種法による定期接種の場合、予防接種を受けたことによる健康被害であると厚生労働大臣が認定した場合に、予防接種法に基づく健康被害の救済措置の対象となります。医療費、医療手当等に対する給付があります。

詳しくは、各市町村の予防接種担当窓口にお問い合わせください。

・池田町保健センター保健推進係 015-572-2100

・浦幌町保健福祉センター保健福祉課保健予防係 015-576-5111

・豊頃町役場 福祉課健康係 015-574-2214

