

新型コロナワクチン接種 予診票

任意接種用

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください
※接種される方がお子さんの場合は、保護者が記入してください

患者ID

住所				
フリガナ		TEL	()	—
氏名				
生年月日 (西暦)	年	月	日生(満 歳)	☐男 ☐女
			診察前の体温	度 分

質 問 事 項	回答欄		医師記入欄
新型コロナワクチンの接種を受けたことがありますか 接種回数(回) 前回の接種日(年 月 日) 前回接種を受けた新型コロナワクチンの種類()	☐はい	☐いいえ	
「新型コロナワクチンを接種される方へ」を読んで、 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、何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けていますか 病名:☐心臓病 ☐腎臓病 ☐肝臓病 ☐血液疾患 ☐血が止まりにくい病気 ☐免疫不全 ☐毛細血管漏出症候群 ☐その他() 治療内容:☐血をサラサラにする薬() ☐その他()	☐はい	☐いいえ	
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	
今日、体に具合が悪いところがありますか 症状()	☐はい	☐いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか	☐はい	☐いいえ	
薬や食品などで、重いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことがありますか 薬・食品など原因になったもの()	☐はい	☐いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類() 症状()	☐はい	☐いいえ	
現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか または、授乳中ですか	☐はい	☐いいえ	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか 種類() 受けた日()	☐はい	☐いいえ	
今日の新型コロナワクチン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、今日の接種は(☐可能・☐見合わせた方が良い)と判断しました 本人または保護者に対して、接種の効果、副反応及び医薬品副作用被害救済制度について 説明しました	医師署名または記名押印

新型コロナワクチン接種希望書	
医師の診察・説明を受け、接種の効果や副反応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	
年 月 日 被接種者または保護者自署 _____	
・自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載 ・被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被後見人の場合は本人または成年後見人自署	

ご記載いただいた個人情報、新型コロナワクチン接種の予診に関してのみ、使用させていただきます。

医師 記入欄	ワクチン名など	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
	ワクチン名: Lot No.: カルテNo.: ※ワクチンの有効期間(カートンに記載)について 確認してください	_____ mL	実施場所: 北柏リハビリ総合病院 医師名: 接種年月日: 年 月 日

新型コロナウイルス感染症予防接種の説明書

新型コロナウイルス感染症は、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。

令和6年度から新型コロナワクチンの接種は、個人の重症化予防により重症者を減らすことを目的とし、定期接種（B類）として実施します。

【予防接種を受ける前に】

予診票を記入し、わからないことや気がかりなことがあれば、医師や看護師等とよく相談してください。十分に納得できない場合には、予防接種を受けないでください。

【予防接種を受けることができない人】

- 明らかな発熱を呈している人（体温が37.5℃以上の人）
- 重篤な急性疾患にかかっている人
- ワクチンに含まれる成分によって、ひどいアレルギー反応やショック状態を起こしたことが明らかな人
- その他、医師が予防接種を行うことが不適当な状態と判断した場合

【次の人はかかりつけの医師とよくご相談ください】

- 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
- 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
- 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
- 過去に予防接種を受けて、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でた人
- 過去にけいれんを起こしたことがある人
- 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

【副反応について】

- 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、寒気、発熱等があります。また、稀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。なお、本ワクチンは、新しい種類のワクチンのため、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。
- ごく稀ではあるものの、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、速やかに医療機関を受診してください。
- ごく稀ではあるものの、mRNA 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。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、速やかに医療機関を受診してください。

【予防接種による健康被害救済制度について】

予防接種では健康被害（病気になったり障害が残ったりすること）が起こることがあります。極めて稀ではあるものの、なくすことができないことから救済制度が設けられています。

新型コロナワクチンの予防接種によって健康被害が生じた場合にも、予防接種法に基づく救済（医療費・障害年金等の給付）が受けられます。申請に必要な手続きなどについては、柏市健康増進課にご相談ください。

【予防接種を受けた後の注意】

- 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ので、医師（医療機関）とすぐ連絡がとれるようにしておきましょう。
- 通常の生活は問題ありませんが、当日の激しい運動や過度の飲酒等は控えましょう。
- 接種当日の入浴は差し支えありませんが、注射した部分はこすらないようにしてください。