

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	年 月 日	生 (満 歳)

※太枠の中の質問事項を読み記入してください。

質 問 事 項	回 答 欄		医 師 記 入 欄
	はい	いいえ	
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文（裏面）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。	はい	いいえ	
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	
一ヶ月以内に予防接種を受けましたか。	はい	いいえ	
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。	はい	いいえ	
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良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。	はい	いいえ	
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）

医師署名又は記名押印

【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。

このことを理解の上、この予診票が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)

ワクチン名・ロット番号・有効期限	接 種 量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot 有効期限 年 月 日	mL	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

新型コロナワクチンの接種について

新型コロナウイルス感染症の予防接種を実施するに当たって、受けられる方の健康状態をよく把握する必要があります。そのため、裏面の予診票にできるだけ詳しくご記入ください。ご高齢の方などでご自身での記入が難しい方が接種を希望されている場合には、健康状態をよく把握しているご家族の方など代理人がご記入ください。接種される方の接種希望確認ができない場合は接種できません。

【接種ができない方】

1. 放射線、免疫抑制剤等で治療中の方(免疫の効果が得られにくいため)
2. 37.5℃以上の発熱をしている方
3. 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方
4. 本剤の成分によってアナフィラキシー(接種後30分以内に出現する、呼吸困難や全身性のじんましんを伴う重いアレルギー反応)を起こしたことがある方
5. 上記に掲げる方のほか、予防接種を行うことが不適切な状態にある方(主治医指示等による)
※特に内服薬の関係で接種ができないことはありませんが、主治医に必ずご確認ください。

【接種要注意者(接種の判断を行うに際し、注意を要する方)】⇒必ず主治医にご相談ください。

1. 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患及び発育障害等の基礎疾患を有することが明らかな方
2. 予防接種で接種後2日以内に発熱のみられた方、および全身性発疹等のアレルギーを疑う症状をしたことがある方
3. 過去にけいれんの既往のある方
4. 過去に免疫不全の診断がなされている方、および近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
5. 本剤の成分に対してアレルギーを呈するおそれのある方。

【接種後の注意】

1. 接種当日は激しい運動を避けてください。(接種当日の入浴はさしつかえありません。ただし注射したところをこすらないでください。)
2. 接種後に発熱したり、接種した部位が腫れたり、赤くなったりすることがありますが、一般にその症状は軽く、通常、数日中に消失します。
3. 接種後は自らの健康管理に注意し、もし、高熱や体調の変化、その他局所の異常反応に気づいた場合は、ただちに医師の診察を受けてください。

問合せ先

◎ 棚倉町保健福祉センター TEL 33-7801

◎ 矢祭町保健福祉センター TEL 46-4581

◎ 塙町健康福祉課

TEL 43-2115

◎ 鮫川村住民福祉課

TEL 49-3112