# [65歳以上]　新型コロナウイルス感染症予防接種予診票　【定期接種用】

＊ **接種希望の方へ**：**太ワク内**にご記入下さい。

| 診察前の体温 | 度　　分 |
|---|---|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 住　　所 | 京極町字 | TEL（　　）　　－ | | | |
| （フリガナ）<br>氏　　名 | （　　） | 男<br>・<br>女 | 生 年<br>月 日 | 大正<br>昭和 | 年　月　日生<br>（　歳　ヶ月） |

| 質　問　事　項 | 回 答 欄 | | 医師記入欄 |
|---|---|---|---|
| 1 今日受ける予防接種について説明文（裏面）を読みましたか。 | いいえ | は　い | |
| 2 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。 | いいえ | は　い | |
| 3 現在、何かの病気にかかっていますか。<br>病名（　　）<br>治療（投薬など）を受けていますか。<br>その病気の主治医には、今回の予防接種を受けてもよいと言われましたか。 | は い<br><br>は い<br>いいえ | いいえ<br><br>いいえ<br>は　い | |
| 4 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下さい。（　　） | は い | いいえ | |
| 5 薬や食品で皮膚に発しん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 | |
| 6 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。<br>①その際に具合が悪くなったことはありますか。<br>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。 | いいえ<br>は い<br>は い | は　い<br>いいえ<br>いいえ | |
| 7 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 | |
| 8 １ヶ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 | |
| 9 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 | |
| 10 その病気の主治医に今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。 | いいえ | は　い | |
| 11 最近１ヶ月以内に熱が出たり病気にかかりましたか。<br>病名（　　） | は い | いいえ | |
| 12 今日の予防接種について質問がありますか。 | は い | いいえ | |

**医師の記入欄**：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)　　**医師の署名又は記名押印**

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。<br>（ 接種を希望します ・ 接種を希望しません ） | 本人の署名<br>（※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。続柄　　） |

| 使用ワクチン名 | 用法・用量 | 実施場所・医師名・接種日時 |
|---|---|---|
| Lot No.<br>(注)有効期限がきれていないか確認 | 筋肉内接種<br>mL | 実施場所：　ひまわりクリニックきょうごく<br>医 師 名：<br>接種日時：　令和　年　月　日 |

記載頂きました個人情報はワクチン接種の予診に関してのみ使用致します。

| | |
|---|---|
| 新型コロナウイルスワクチン費用助成制度の利用にあたり、介護保険料段階区分の確認を、ひまわりクリニックが行うことに同意しますか。<br>（ 同意します ・ 同意しません ） | 本人の署名<br>（※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。続柄　　） |

[65歳以上]

# 新型コロナワクチン（コミナティ）を接種される方へ

【定期接種用】

新型コロナワクチン(コミナティ)の接種にあたって、接種を受ける方の健康状態をよく把握する必要があります。
この説明文書をお読みになり、予診票へのご記入をお願いいたします。接種する方がお子さんの場合は、保護者の方が記入してください 。

## 新型コロナワクチンの効果と副反応

今回接種するワクチンは、メッセンジャーRNA(mRNA)ワクチンという種類のワクチンです。ウイルスのタンパク質を作る基になる情報の一部を注射します。人の体の中で、この情報を基に、ウイルスのタンパク質の一部が作られ、それに対する抗体などができる ことで、ウイルスに対する免疫ができます。私たちが持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。

- 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。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。
- 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。
- 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。

## 新型コロナワクチンの接種（予防接種）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に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。

## 予防接種を受けるに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へ伝えてください 。

- 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方がいる人
- 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、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でた人
- 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へ伝えてください。なお、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へ伝えてください。

## 予防接種を受けた後の注意点

- 過去にアレルギー反応やアナフィラキシーを起こしたことがある方は、予診票にご記入いただくとともに、原因の医薬品等やその時の状況をできるだけ詳しく医師にお伝えください。重いアレルギ ーで医療機関にかかっている場合には、接種の可否について医師にご相談ください。
- 注射した部分は清潔に保つようにし、接種当日の入浴は問題ありませんが、注射した部分はこすらないようにしてください。また、接種後に体調が悪い時は無理をせず、入浴は控える等、様子を見るようにしてください 。
- 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てください。

＜予防接種健康被害救済制度について＞
ワクチン接種では、発熱や腫れなど比較的よく起こる副反応以外に、副反応による健康被害（病気になったり障害が残ったりすること）が生じることがあります。
ワクチン接種により健康被害が生じ、医療機関での治療が必要であったり、障害が残ったりした場合、予防接種法に基づく救済（医療費・障害年金等の給付）を受けることができます。
予防接種健康被害救済制度では、申請してから予防接種健康被害調査委員会や疾病・障害認定審査会での調査や審査が行われ、国の審査結果により支給の可否が決まります。申請をお考えの方は健康推進課までご相談ください。

| あなたの接種日 | 医療機関名 |
|---|---|
| 月　　日（　　）です<br>当日は受付に　時　分頃 おこし下さい | ひまわりクリニックきょうごく |

（裏面）