

鶴田町 新型コロナウイルス予防接種予診票【高齢者】

		診察前の体温		度	分	
住 所	鶴田町大字	TEL				
フリガナ		保険証の 種 類	後 期 ・ 国 保 ・ 社 保 ・ 共 済			
氏 名			その他()			
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和	年	月	日生 (満	歳)	男 ・ 女

質 問 事 項		回答欄		医師記入欄
今日の新型コロナウイルス予防接種について裏面の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。 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	
具体的な症状を書いてください。 ()				
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か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 ()				
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 ()				
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	
1か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 ()				
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) 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、説明をした。 医師署名又は記名押印			

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な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 ・ 希望しません)※かっこの中のどちらかを○で囲んでください。

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。

接種者自署
※自署できない方は代筆者が署名し、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
ワクチン名 Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認	筋肉内接種 m l	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

キリトリ線

新型コロナウイルスワクチン接種記録書

1. 接種年月日 令和 年 月 日

2. ワクチン名(Lot No.)

3. 接種医療機関

接種者氏名

住 所 鶴田町大字

生 年 月 日 明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日

※キリトリ線から下の接種者氏名・住所・生年月日は、接種者が記入し、接種後は自分で管理してください。

新型コロナウイルスワクチンの予防接種を受ける方へ（説明書）

～よく読んでから予診票を記入しましょう～

〔ワクチンの効果と副反応〕

発症予防や重症化（入院）予防の効果があることが国内外の多くの報告で確認されています。なお、既感染者であっても再感染する可能性はあります。また、ワクチン接種による追加の発症予防効果が得られることも確認されています。さらに、いずれの年齢群においても、重症効果化（入院）予防効果は発症予防効果より高いことが確認されています。

副反応としては、接種部位の痛みや倦怠感、頭痛、発熱等の症状が確認されていますが、ほとんどが軽度または中等度であり現時点で得られている情報からは安全性に重大な懸念は認められていないと判断されています。

重篤な副反応としては、アナフィラキシーが報告されており、接種後30分はその場で健康観察をすること並びに接種後数日の間に胸痛、動悸、息切れ、むくみなどの症状があった場合は、医療機関の受診が必要です。

〔ワクチン接種を受けることができない方〕

1. 接種当日、37.5℃以上の発熱がある方
2. 重篤な急性疾患にかかっている方
3. 予防接種の接種液の成分によってアナフィラキシー状態になったことのある方
4. その他、医師が予防接種を行うことについて不適当と判断した方

〔接種前に医師に相談する必要がある方〕

1. 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患等の基礎疾患がある方
2. 予防接種で接種後2日以内に発熱や全身性発疹等のアレルギーを疑う症状がでた方
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を受けた方及び近親者に先天性免疫不全症の人がいる方
5. 接種しようとする接種液の成分に対してアレルギーを呈するおそれのある方
6. 抗凝固療法を受けている者、血小板減少症又は凝固障がいがある方

〔接種を受けた後の注意点〕

1. ワクチンの接種後30分程度は安静にしてください。また、体調に異常を感じた場合には、速やかに医師へ連絡してください。
2. 注射した部分は清潔に保つようにしてください。接種当日の入浴は問題ありませんが、接種部位をこすらないようにしてください。
3. 当日の激しい運動は控えるようにしてください。

〔健康被害救済制度〕

定期予防接種による副反応のために、治療が必要な場合や生活が不自由になった場合（健康被害）は、法律に定められた健康被害救済制度がありますので、子ども健康課までご相談ください。

※参照文献：「B型疾病予防接種ガイドライン」