高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種予診票

白老町定期接種用

※この用紙は、接種日現在白老町に住所を有し、かつ次の対象者以外は使用できません。
①65歳以上の方
②60～64歳で、心臓や腎臓、呼吸器の機能に障害があり身の回りの生活を極度に制限される方、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に障害があり日常生活がほとんど不可能な方。

診察前の体温	度　　分

住　所	白老町			電話番号	
フリガナ		男・女	生年月日	大正	年　月　日
氏　名				昭和	（　歳）

質　問　事　項	回　答　欄		医師記入欄
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	
③今年度（4月1日以降）に新型コロナウイルス感染症の予防接種を受けましたか。 接種日（　月　日）	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。 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	
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ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 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。 病名（　）	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	
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。 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** ）

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。　**令和　年　月　日**

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。　**被接種者自署**

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 № （注）有効期限がきれていないか確認	筋肉内接種 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を受ける前にお読みください

接種当日の持ち物

- マイナ保険証
- この予診票（すべて記入し、同意する旨の署名をしたか確認する）
  ◆予診票に記入する体温は、病院に着いてから測ってください。
  ◆その日の体調など、場合によっては接種できないことがあります

ワクチンの効果

国内外で実施された研究等により、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重症化予防効果が認められています。

予防接種を受けることができない方

① 接種当日、明らかに発熱している方(通常は37.5℃以上)
② 重い急性疾患にかかっている方
③ ワクチンの成分に対し、アナフィラキシーなど重度の過敏症（※1）の既往歴のある方
④ その他、医師が予防接種を行うことが不適当と判断した方

※1 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-を疑わせる複数の症状

接種を受けるときに注意を要する方

以下に当てはまる方は、予診票に記載していただいた上で、予診を行います。

① 過去に免疫不全の診断がされている方、近親者に先天性免疫不全症の人がいる方
② 心臓、腎臓、肝臓、血液疾患や発育障害等の基礎疾患のある方
③ 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方
④ 過去にけいれんを起こしたことがある方
⑤ 抗凝固療法を受けている方、血小板減少症または凝固障害のある方(※2)。

※2 新型コロナワクチンは筋肉内に注射することから、⑤の方は接種後の出血に注意が必要とされています。

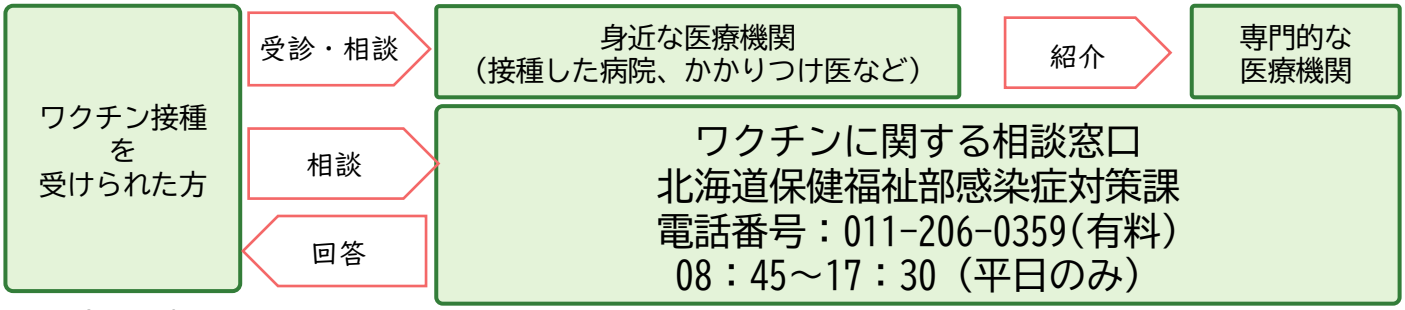
接種後の注意事項

① 接種後24時間は副反応の出現に注意してください（特に接種後30分以内）。
② 接種後は、接種部位を清潔に保ちましょう。接種当日は過激な運動や過度の飲酒は控えましょう。
③ 接種当日の入浴は差し支えありませんが、接種部位をこすらないようにしましょう。
④ 接種後、接種部位の異常な反応や体調の変化があった場合は、速やかに医師の診察を受けましょう。（※3参照）

※3 予防接種の副反応

接種後に接種部位の痛みや倦怠感、頭痛、発熱等、様々な症状が確認されていますが、ほとんどは軽度または中等度です。重篤な副反応として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すること、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。

接種後の副反応を疑う症状に対応する診療・相談体制について



問い合わせ先
白老町　健康子育て課保健予防係　TEL：（０１４４）８２－５５４１