

新型コロナウイルス感染症予防接種予診票

北九州市

下の太枠のすべての項目について、油性ボールペン(摩擦熱で消せるペン等は使用不可)であてはまるところに記入するか、○印でかこんでください。

(高齢者入所施設用)

		診察前の体温	度	分
(ふりがな)		性別	住所	
氏名		男・女	区	
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日生(満歳)
		電話(- -)		

質問事項	回答欄		医師記入欄
この予診票に添付している「新型コロナウイルス感染症予防接種について」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	
その病気のかかりつけ医には、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	
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	
1カ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	
その病気を診てもらっている医師に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カ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	<p>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)</p> <p>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。</p> <p>医師署名又は記名押印</p>
-------	--

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)

※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、本予診票が北九州市に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 被接種者自署 _____

(※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	筋肉内接種	実施場所	
Lot No.		医師名	令和 年 月 日
(注)有効期限がきれていないか確認	ml	所属医療機関名	

新型コロナウイルス感染症予防接種済証

(ふりがな)		性別	住 所
氏 名		男・女	区
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 (満 歳)		電話 (- -)

本書は、新型コロナウイルス感染症予防接種を受けたことを証明するものです。

健康被害があった時の申請に必要となりますので、保管してください。

実施場所

医 師 名

所属医療機関名

令和 年 月 日

新型コロナウイルス感染症予防接種について

1. ワクチンの効果

今回接種するワクチンは、新型コロナウイルス感染症の重症化予防等を目的として接種します。

本ワクチンの接種を受けても、発症等を完全に予防できるわけではありません。ワクチン接種にかかわらず、引き続き、適切な感染防止策を行う必要があります。

2. 接種を控えるべき方について

下記にあてはま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切な状態にあると医師に判断された人(※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認められた人は、同一の成分を含むワクチンを用いた追加接種を受けることはできません。

3. 接種上の注意事項

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等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等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

過去に、薬剤で過敏症やアレルギーを起こしたことがある人は、接種前の診察時に必ず医師へ伝えてください。

妊娠中又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。

4. 接種後の副反応

- ・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。

5. 重篤な副反応発生時の救済制度について

- ・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。
- ・今回の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。
- ・給付申請の必要が生じた場合は、診察した医師又は保健福祉局健康危機管理課へご相談ください。

6. 接種後の一般的注意事項

- ・本ワクチンの接種を受けた後、医師の指示に基づき15分以上（過去にアナフィラキシーを含む重いアレルギー症状を起こしたことがある方や、気分が悪くなったり、失神等を起こしたりしたことがある方は30分以上）、接種を受けた施設でお待ちいただき、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。（急に起こる副反応に対応できません。）
- ・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。

7. その他

予防接種実施後に「新型コロナウイルス感染症予防接種済証」をお渡しします。この接種済証は、健康被害申請時に必要となるものです。新型コロナウイルス感染症予防接種を受けたことを証明する控えとして、大切に保管してください。

【問い合わせ先】

門 司 区役所健康相談コーナー 331-1888	八幡東区役所健康相談コーナー 671-6881
小倉北区役所健康相談コーナー 582-3440	八幡西区役所健康相談コーナー 642-1444
小倉南区役所健康相談コーナー 951-4125	戸 畑 区役所健康相談コーナー 871-2331
若 松 区役所健康相談コーナー 761-5327	保健福祉局 健康危機管理課 582-2919