

新型コロナウイルス感染症予防接種予診票

芳賀町

		診察前の体温	度	分
住 所	芳賀町			
氏 名				男 ・ 女
生 年 月 日	明治 ・ 大正 ・ 昭和	年	月	日 満 歳

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日の新型コロナウイルス感染症予防接種について、市町村から配られている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。	は い	いいえ	
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	
1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	
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)
	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

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
(注)有効期限がきれていないか確認	ml	接種年月日 令和 年 月 日

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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。
令和 年 月 日 被接種者自署
(※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

- 期 間 10月1日から翌年3月31日まで
- 対象者 ①接種時に65歳以上の方
②接種時に60歳以上65歳未満で、心臓・腎臓・呼吸器の機能及びヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害における身体障害者手帳1級に相当する方
- 接種料金 自己負担額4,500円（助成は当年度内で1回のみ、11,100円を上限に助成。予診のみは1,600円を助成。）
※生活保護受給者は、接種時に「芳賀町新型コロナウイルス感染症予防接種無料券」を医療機関に提出してください。無料で接種することができます。
- 接種場所 栃木県内定期予防接種の相互乗り入れ事業に参加している医療機関
※上記以外の医療機関で接種する場合は、事前に町にお問い合わせください。

1 予防接種を受ける前に

新型コロナウイルス感染症の予防接種について、気になることや分からないことがあれば、接種を受ける前に担当の医師や看護師に相談しましょう。十分に納得できない場合には、接種を受けないでください。予診票は予防接種の可否を決める大切な情報です。正しい情報を記入してください。

2 新型コロナワクチンの有効性

新型コロナワクチンについては、有効性や安全性が確認された上で薬事承認されており、さらに、国内外で実施された研究などにより、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たと報告されています。

3 予防接種を受けることができない人

- ①明らかに発熱のある人
- ②重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
- ③ワクチンの成分に対し、アナフィラキシーなどの重度の過敏症の既往歴のある人
- ④その他、医師が不適当な状態と判断した人

4 予防接種を受けるに際し、接種医師とよく相談しなくてはならない人

- ①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
 - ②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
 - 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人
 - ④過去にけいれんを起こしたことがある人
 - ⑤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
 - ⑥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方（接種後の出血に注意を要する）
- ※ワクチン接種は体調のよいときに受けるのが基本ですので、特に基礎疾患のある方は、病状が悪化していたり、全身が衰弱している場合は避けた方がよいと考えられます。ご心配な方は、主治医に相談してください。

5 予防接種後の一般的注意事項

- ①予防接種を受けた後30分間は、急な副反応が起こることがあります。
 - ②入浴は差し支えありませんが、注射した部位を強くこするようにはやめましょう。
 - ③接種当日はいつもの生活をしてもかまいませんが、激しい運動や大量飲酒は避けましょう。
- ※新型コロナワクチンの主な副反応として、接種後に注射した部分の痛み、疲労、頭痛、筋肉や関節の痛み、寒気、下痢、発熱等がみられることがあります。こうした症状の大部分は、接種後数日以内に回復しています。