

任

新型コロナ行政措置任意接種予診票（有料）

宝塚市

住民登録を している住所	宝塚市		生年月日	年 月 日生	
TEL				(満 歳)	
ふりがな		男 ・ 女	診察前の体温		
受ける人の氏名			度 分		
質 問 事 項			回答欄		医師記入欄
1 現在宝塚市に住民票がありますか			はい	いいえ	
2 今日受ける予防接種について市から配られている説明書を読みましたか			はい	いいえ	
3 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	
4 【現病歴】 現在、何かの病気にかかっていますか（例：高血圧、糖尿病など） 病名（ ） 治療（投薬など）を受けていますか その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか ※[不明の場合は、「はい」と「いいえ」の両方に「×」をつけてください]			はい	いいえ	
5 【既往歴】 上記以外で、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（ ） 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 ※[不明の場合は、「はい」と「いいえ」の両方に「×」をつけてください]			はい	いいえ	
6 免疫不全と診断されたことがありますか			はい	いいえ	
7 今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください（ ）			はい	いいえ	
8 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	
9 新型コロナウイルスワクチンの予防接種を受けたことがありますか ①その際に具合が悪くなったことはありますか ②新型コロナウイルスワクチン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	
10 ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか			はい	いいえ	
11 1 か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	
12 最近1 か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	
13 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、説明をした。 医師署名又は記名押印〔 〕					
医師の診察・説明等を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性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、本予診票が市に提出されることに同意します。 年 月 日 被接種者自署〔 〕 代筆者氏名〔 続柄（ ）〕 (※自署できない者は代筆者が被接種者名を記名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)					
使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日			
ワクチン名	(筋肉注射)	実施場所			
Lot No.	m L	医師名			
(注)有効期限が切れていないかを確認		接種年月日 年 月 日			

※記入に際しては、黒のボールペンをご使用ください。

1 新型コロナウイルスワクチンについて

予防接種を受けることにより、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。

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 副反応について

主な副反応は、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。また、稀に発生する重大な副反応として、アナフィラキシー（急性のアレルギー反応）、血栓症、心筋炎、心膜炎などが想定されます。

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。

3 受ける前の注意

(1) 予診票は、受けられる方の健康状態をよく把握するために必要な資料です。

お子さんの場合は、健康状態をよく把握している保護者の方がご記入ください。

(2) 次の人は、新型コロナの予防接種は受けられません。

- ・明らかな発熱を呈している人(37.5度以上の人)
- ・重篤な急性疾患にかかっている人
- ・接種しようとする接種液の成分によって、アナフィラキシーを呈したことがあることが明らかな人
- ・その他、予防接種を行うことが不適当な状態にある人

(3) 次の人は、新型コロナの予防接種を受けるに際し、医師とよく相談してください。

- ・心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患及び発育障害等の基礎疾患を有することが明らかな人
- ・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発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある人
- ・過去にけいれんの既往のある人
- ・過去に免疫不全の診断がなされている人及び近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
- ・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人
- ・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を有する人

4 受けたあとの注意

(1) 接種後は、接種部位を清潔に保ってください。

(2) 接種当日は、激しい運動や大量の飲酒は避けてください。

(3) 普段と変わりなければ接種当日の入浴は差し支えありませんが、接種部位をこするのはやめてください。

(4) 接種後1週間は、副反応の出現に注意してください。特に接種直後の30分以内は急激な健康状態の変化に注意してください。

(5) 抜歯、手術等は緊急の場合を除き、接種後1か月は避けてください。

(6) 接種後、局所の異常反応や体調の変化が起こった場合は、速やかに医師の診察を受けてください。

5 予防接種健康被害救済制度について

任意接種の場合は、予防接種法に基づかない接種となるため、健康被害については、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済を受けることになります。

救済制度についてのご相談および詳細は独立行政法人医薬品医療機器総合機構にご相談いただくか、ホームページをご覧ください。

◇救済制度相談窓口 電話番号 0120-149-931 ・ 03-3506-9411

受付時間 月～金(祝日・年末年始を除く) 9時～17時

◇ホームページ <https://www.pmda.go.jp>

※健康被害が生じた場合は、宝塚市立健康センター(0797-86-0056)までご連絡ください。