

安平町 新型コロナウイルスワクチン予防接種予診票（65歳以上対象）

※太枠内を記入してください。

		診察前の体温	度	分
住 所	安平町			
氏 名				男 ・ 女
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日生（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ワクチンの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	
免疫不全と診断されたことがありますか。	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ワクチン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がありますか。	はい	いいえ	
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カ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名（ ）	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	
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		
Lot No.	・	実 施 場 所 医 師 名 接 種 年 月 日 令和 年 月 日		

新型コロナウイルスワクチン予防接種希望書（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、本予診票が安平町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）

[安平町説明書] 新型コロナウイルスワクチン予防接種を受ける方へ

～ この説明書をよく読んでから予診票に記入しましょう ～

新型コロナウイルスとは？

人から人へ咳や飛沫を介して起こり、重症の肺炎、高熱、味覚障害等を引き起こすことが多いウイルスです。流行は、インフルエンザ同様に通常初冬から春先（低温・乾燥時期）に見られます。そのため、安平町では10月～3月に予防接種を受けていただくようご案内しています。予防接種は1回で終わります。

安平町の新型コロナウイルスワクチン予防接種の対象者

- (1) 安平町民（安平町に住民票がある人）で、接種する日の年齢が65歳以上で接種を希望する人
（予防接種をする日に65歳の誕生日を迎えた方から対象です）
- (2) 安平町民（安平町に住民票がある人）で、接種する日の年齢が60歳以上65歳未満の人のうち厚生労働省で定める心臓、じん臓若しくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能にしょうがいをもつ人で接種を希望する人
（予防接種をする日に60歳の誕生日を迎えた方から対象です）
- (3) (1) および(2)に該当しない方も予防接種を行なうことは可能ですが、医療機関と相談のうえ、個人の判断で接種する任意の予防接種の取り扱いとなります。

予診票について

この予診票は、上記対象者の方が予防接種を受けるにあたって、お医者さんに自分の健康状態を伝える大切なものです。予診票の内容をよく読み、治療中の病気や飲んでる薬など、もれがないように記入しましょう。また、心配なことがある場合は、あらかじめお医者さんに相談しましょう。予診票の下の「新型コロナウイルスワクチン予防接種希望書」にある本人の署名は、お医者さんの診察（問診）の結果を聞いてから記入してください。

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（37.5℃を超える人）
2. 重篤な急性疾患にかかっていることが明かな人
3. 過去に新型コロナウイルスワクチンの接種を受けて、アナフィラキシーを起こしたことがある人。
なお、他の医薬品投与を受けてアナフィラキシーを起こした人や、アレルギー体質の人は、接種を受ける前に医師にその旨を伝え、判断を仰いでください。
4. その他、医師が予防接種を受けることが不相当と判断した人

予防接種を受けるに際し、医師とよく相談しなければならない人

1. 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの人。
2. 持病により、医師または保健師等の診察（指導）を受けている人。
3. カゼなどのひきはじめと思われる人。
4. 過去、予防接種を受けたときに2日以内に発熱、発疹、蕁麻疹等のアレルギーを疑う異常が見られた人。
5. 薬の投与又は食事（鶏卵、鶏肉など）で皮膚に発疹が出たり、体に異常を期たしたことがある人。
6. 今までにけいれんを起こしたことがある人。
7. 本人や近親者で検査によって免疫状態の異常を指摘されたことがある人。
8. 妊娠の可能性のある人。（妊娠中の人は不安なことがありましたら、医師（産科かかりつけ医）にご相談願います）
9. 気管支喘息のある人

予防接種後の注意

1. 新型コロナウイルスワクチンの接種を受けた後、急な副反応が起こる場合があるので、しばらくの間は医療機関にいるなどして様子を観察し、医師とすぐ連絡を取れるようにしておきましょう。
2. 接種当日の入浴は差し支えありませんが、注射した部位をこすることはやめましょう。
3. 接種当日は接種部位を清潔に保ち、いつもどおりの生活をしましょう。激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
4. 万一、高熱やけいれん等の異常な症状が出た場合は、速やかに医師の診察を受けてください。