新型コロナウイルス感染症予防接種予診票　高齢者定期予防接種用

太枠の中のみご記入ください

住　所		ふりがな 氏　名	
生年月日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日生　（満　　歳）	性　別	男　・　女

診察前の体温	度　　分

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の予防接種について福岡市から配られている説明書を読みましたか。	いいえ	はい	
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。	いいえ	はい	
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。	いいえ	はい	
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。	いいえ	はい	
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	
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	
その病気をみ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。	いいえ	はい	
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

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、本予診票が福岡市に提出されることに同意します。

令和＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

被接種者の署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　※代筆者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　続柄 ＿＿＿＿

（※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名およ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 Lot No. （注）有効期限がきれていないか確認	ml	実施場所　みみ・はな・のど岡医院 医師名　岡　正倫 接種年月日　令和　　年　　月　　日

（高齢者用）

新型コロナウイルス感染症予防接種を受ける前に よくお読み下さい。

== 福 岡 市 ==

は じ め に

○新型コロナウイルス感染症予防接種は、個人の重症化予防を目的としています。
○本予防接種は、接種を受ける法律上の義務はないため、有効性や副反応などについてよく理解された上で、自らの意思で接種を希望される方のみに接種を行います。
○予防接種の安全性の確保と、接種後の副反応被害を回避するため、健康状態や体質などをきちんと医師に伝えましょう。

接種に関して気にかかることや分からないことがある場合は、予防接種を受ける前に担当の医師やかかりつけの医師にお尋ねください。

予防接種を受ける前に

予診票は接種をする医師にとって、予防接種の可否を決める大切な情報です。基本的には、接種を受けるご本人が責任をもって記入し、正しい情報を医師に伝えてください。

（１）予防接種を受けることができない人

下記にあてはまる方は本予防接種を受けることができません。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。

①明らかに発熱している人（※1）
②重い急性疾患にかかっている人
③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
④上記以外で、予防接種を受けることが不適当な状態にある人

（※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予防接種を受けることはできません。

➡➡裏面へ続きます

（２）予防接種を受けるに当たり注意が必要な人

下記にあてはまる方は本予防接種について、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。

①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
②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
③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
④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
⑤過去にけいれんを起こしたことがある人
⑥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のある人は、接種前の診察時に必ず医師へ伝えてください。

そ の 他

（１）副反応について

●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、医師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。

（２）予防接種による健康被害の救済制度

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。

新型コロナウイルス感染症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。申請に必要となる手続きなどについては、お住まいの区の保健福祉センター健康課にご相談ください。