

新型コロナウイルス感染症予防接種予診票

		診察前の体温	度	分
住 所				
氏 名				男 ・ 女
生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和	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感染症の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。 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 Lot No. (注)有効期限がきれていないか	筋肉内接種 m l	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月

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）

令和 7 年度 鹿追町新型コロナウイルス感染症予防接種 説明書

定期接種の対象者は、鹿追町に住所があり、接種日において 65 歳以上の方です。

（接種日において 60 歳以上 65 歳未満の方であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身の生活活動が極度に制限される程度の障がいや、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障がいや、基礎疾患のある方は、重症化するリスクが高いとされています。）

※個人の重症化予防を目的として実施するもので、接種は義務ではありません。

1 新型コロナウイルス感染症とは

新型コロナウイルス感染症は、コロナウイルスに感染することによっておこる病気です。主な症状は、発熱・喉の痛み・せきなどが中心で、かぜやインフルエンザに似た症状や、臭覚異常・味覚異常・下痢などが現れることがあります。ご高齢の方や、基礎疾患のある方は、重症化するリスクが高いとされています。

2 新型コロナワクチン予防接種の効果

ワクチン接種には、発症予防や重症化（入院）予防の効果があることが国内外の複数の報告で確認されています。なお、既感染者であっても再感染する可能性はあり、また、ワクチン接種による追加の発症予防効果が得られたことも確認されています。

3 使用するワクチン

流行の主流であるウイルスの状況やワクチンの有効性に関する科学的知見を踏まえ、毎年国において決定します。令和 7 年度に使用するワクチンの抗原組成は、WHO の推奨と同様に「1 価の JN.1、KP.2 若しくは LP.8.1 に対する抗原又は令和 7 年 5 月現在流行している JN.1 系統変異株に対して広汎かつ頑健な中和交代応答又は有効性が示された抗原を含む」とされました。（R7.5.28 第 3 回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会研究開発及び生産・流通部会季節性インフルエンザワクチン及び新型コロナワクチンの製造株について検討する小委員会）

4 新型コロナワクチン予防接種の副反応

- (1) 接種後に接種部位の痛みや倦怠感、頭痛、発熱等、様々な症状が確認されていますが、ほとんどが軽度又は中等度であり、現時点で得られている情報からは、安全性に重大な懸念は認められないと判断されています。
- (2) 頻度は不明ですが、重大な副反応として、mRNA ワクチンについては、ショック・アナフィラキシー・心筋炎・心膜炎、組換えタンパクワクチンについては、ショック・アナフィラキシーがみられることがあります。
- (3) 接種後 30 分はその場で健康観察をすること並びに接種後数日の間に胸痛、息切れ、ぐったりするなどの症状があった場合は、医療機関の受診が必要です。
- (4) 接種に使用されるワクチンは、医療機関にお問い合わせください。

5 予防接種健康被害救済制度について

予防接種の副反応により、医療機関で治療が必要となった場合や生活に支障が出るような障がいを残すなどの健康被害が生じた場合には、保健福祉課健康推進係までお問い合わせください。

6 接種における一般的な注意点

- (1) 新型コロナワクチン予防接種は、ご本人が接種を希望する場合に接種を行いますので、有効性や副反応等を十分に理解したうえで接種を受けてください。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。
- (2) 予診票は接種をする医師にとって予防接種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、正しい情報を伝えてください。

7 予防接種を受けることができない方

- (1) 接種当日、明らかな発熱（37.5℃以上）がある方
- (2) 重篤な急性疾患にかかっている方
- (3) ワクチンに含まれる成分によって、アナフィラキシーを起こしたことがあることが明らかな方
- (4) 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方
- (5) その他、予防接種を行うことが不適当な状態と医師が判断した場合

8 接種前に担当医師とよく相談しなくてはならない方

- (1) 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患などの基礎疾患のある方
- (2) 過去にけいれんの既往のある方
- (3) 過去に免疫不全の診断を受けた方、及び近親者に先天異性免疫不全症の方がいる方
- (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ことがある方
- (5) ワクチンの成分に対して、アレルギーが起こるおそれのある方
- (6) 抗凝固療法を受けている方、血小板減少症又は凝固障害のある方

9 予防接種を受けた後の注意

- (1) 接種後 24 時間は健康状態の変化に注意し、観察しておく必要があります。特に接種直後 30 分以内は急激な健康状態の変化に注意してください。
- (2) 接種後は接種部位を清潔に保ち、接種当日は過激な運動や過度の飲酒を避けてください。
- (3) 接種後、接種局所の異常反応や体調の変化のある場合は速やかに医師の診察を受けてください。
- (4) 接種当日の入浴は差し支えありませんが、接種部位を強くこすらないでください。接種後に体調の悪い時は、入浴を避けてください。

10 他の予防接種との関係

新型コロナワクチンと他のワクチンの同時接種は医師が特別に認めた場合に可能です。

R7.10～