

新型コロナウイルスワクチン 予防接種予診票

接種区分については医療機関記入:当てはまるところに○をつけてください。

| | | | | |
|------|-------|----------------------------------|-------|----------------------------------|
| 定期接種 | 65歳以上 | 60~64歳で 身障手帳1級 (心・腎・呼吸・免疫) | 生活保護 | |
| | | | 65歳以上 | 60~64歳で 身障手帳1級 (心・腎・呼吸・免疫) |

太枠内をご記入ください

| | | | | |
|---------|---|--------|-------|--------------------|
| 住 所 | 亀山市 <small>※接種時に亀山市に住基登録がある方が対象です。</small> | 診察前の体温 | 度 | 分 |
| ふりがな | | 電話番号 | () | - |
| 受ける人の氏名 | (男・女) | 生年月日 | 大正・昭和 | 年 月 日生 (満 歳 か月) |

| 質 問 事 項 | 回 答 欄 | 医師記入欄 |
|---|----------------------|-------|
| 新型コロナウイルスワクチンの接種を受けたことがありますか 接種回数()回 前回の接種日(年 月 日) 前回接種を受けた新型コロナウイルスワクチンの種類() | はい ・ いいえ | |
| 裏面の「新型コロナウイルスワクチンを接種される方へ」を読んで、効果は副反応などについて理解しましたか | はい ・ いいえ | |
| 現在、何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。 病 名 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい病気 <input type="checkbox"/> 免疫不全 <input type="checkbox"/> 毛細血管漏出症候群 <input type="checkbox"/> その他() 治療内容 <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他() | はい ・ いいえ | |
| 最近1か月以内に病気にかかりましたか (病名:) | はい ・ いいえ | |
| 今日、身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 | |
| ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか そのとき、熱がでましたか | はい ・ いいえ はい ・ いいえ | |
| 薬や食品などで、重いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことがありますか 薬・食品など原因になったもの() | はい ・ いいえ | |
| (これまでに)予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか 予防接種の種類() 症状() | はい ・ いいえ | |
| (女性のみ) 現在、妊娠している、または妊娠している可能性がありますか または授乳中ですか | はい ・ いいえ | |
| 1か月以内に予防接種をうけましたか 種類() 受けた日() | はい ・ いいえ | |
| 今日の新型コロナウイルスワクチン接種について質問がありますか | はい ・ いいえ | |

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる ・ 見合わせた方がよい)と判断します。 医師の署名又は記名押印
医師記入欄 本人(またはその家族などの代理人)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(定期予防接種)について、説明をしました。

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、予防接種健康被害救済制度(定期予防接種)等について理解した上で、接種することに
 (同意します ・ 同意しません) ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。 (※) 続柄()
 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、本予診票が亀山市に提出されることに同意します。 ※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名および接種者との続柄を記載

(医療機関控)

新型コロナウイルスワクチン接種済証

| | |
|---------|-------|
| 住 所 | 亀山市 |
| 氏 名 | |
| 生 年 月 日 | 年 月 日 |
| 接 種 日 | 年 月 日 |
| Lot No. | |
| 接種医療機関 | |
| 亀山市長 | |

| | | | |
|-------------|------------------------------|---|---|
| ワクチン名 | 新型コロナウイルスワクチン | | |
| ワクチンメーカー | ファイザー ・ モデルナ ・ その他() | | |
| Lot No. | (注)有効期限が切れていないか要確認 | | |
| 接種量 | ml | | |
| 接種方法 | 筋肉内注射 ・ 皮下注射 ※どちらかに○をつけてください | | |
| 実施場所 医師名 | | | |
| 予診・接種 | 年 | 月 | 日 |

接種医チェック 接種年齢 接種回数 ワクチン 有効期限 (R6.8)

新型コロナウイルスワクチン 予防接種予診票

| | | | | |
|------|-------|----------------------------------|-------|----------------------------------|
| 定期接種 | 65歳以上 | 60~64歳で 身障手帳1級 (心・腎・呼吸・免疫) | 生活保護 | |
| | | | 65歳以上 | 60~64歳で 身障手帳1級 (心・腎・呼吸・免疫) |

太枠内をご記入ください

| | | | |
|---|--------|-------|--------------------|
| 住所 亀山市 <small>※接種時に亀山市に住基登録がある方が対象です。</small> | 診察前の体温 | 度 | 分 |
| ふりがな | 電話番号 | () | - |
| 受ける人の氏名 (男・女) | 生年月日 | 大正・昭和 | 年 月 日生 (満 歳 か月) |

| 質問事項 | 回答欄 | 医師記入欄 |
|--|----------|-------|
| 新型コロナウイルスワクチンの接種を受けたことがありますか 接種回数()回 前回の接種日(年 月 日) 前回接種を受けた新型コロナウイルスワクチンの種類() | はい ・ いいえ | |
| 裏面の「新型コロナウイルスワクチンを接種される方へ」を読んで、効果は副反応などについて理解しましたか | はい ・ いいえ | |
| 現在、何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。 病名 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい病気 <input type="checkbox"/> 免疫不全 <input type="checkbox"/> 毛細血管漏出症候群 <input type="checkbox"/> その他() 治療内容 <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他() | はい ・ いいえ | |
| 最近1か月以内に病気にかかりましたか (病名:) | はい ・ いいえ | |
| 今日、身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 | |
| ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか そのとき、熱がでましたか | はい ・ いいえ | |
| 薬や食品などで、重いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことがありますか 薬・食品など原因になったもの() | はい ・ いいえ | |
| (これまでに)予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか 予防接種の種類() 症状() | はい ・ いいえ | |
| (女性のみ) 現在、妊娠している、または妊娠している可能性がありますか または授乳中ですか | はい ・ いいえ | |
| 1か月以内に予防接種をうけましたか 種類() 受けた日() | はい ・ いいえ | |
| 今日の新型コロナウイルスワクチン接種について質問がありますか | はい ・ いいえ | |

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる ・ 見合わせた方がよい)と判断します。 医師の署名又は記名押印
医師記入欄 本人(またはその家族などの代理人)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(定期予防接種)について、説明をしました。

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、予防接種健康被害救済制度(定期予防接種)等について理解した上で、接種することに
 (同意します ・ 同意しません) ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。 (※) 続柄()
 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、本予診票が亀山市に提出されることに同意します。 ※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名および接種者との続柄を記載

(医療機関控)

新型コロナウイルスワクチン接種済証

| | |
|---------|-------|
| 住所 | 亀山市 |
| 氏名 | |
| 生年月日 | 年 月 日 |
| 接種日 | 年 月 日 |
| Lot No. | |
| 接種医療機関 | |
| 亀山市長 | |

| | | | |
|-------------|------------------------------|---|---|
| ワクチン名 | 新型コロナウイルスワクチン | | |
| ワクチンメーカー | ファイザー ・ モデルナ ・ その他() | | |
| Lot No. | (注)有効期限が切れていないか要確認 | | |
| 接種量 | ml | | |
| 接種方法 | 筋肉内注射 ・ 皮下注射 ※どちらかに○をつけてください | | |
| 実施場所 医師名 | | | |
| 予診・接種 | 年 | 月 | 日 |

接種医チェック 接種年齢 接種回数 ワクチン 有効期限 (R6.8)

新型コロナワクチンを接種する前に、必ずお読みください。

●新型コロナワクチンの副反応

- ① 接種部位の痛み、頭痛、関節や筋肉の痛み、疲労、寒気発熱等が現れることがあります。また、重大な副反応として、ショックやアナフィラキシーが現れることがあります。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。
- ② 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機、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。
- ③ 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、手足に力が入りにくい、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。

●予防接種を受けることができない人

下記に該当する方は本ワクチンを接種できません。

該当すると思われる場合は、必ず接種前の診察時に医師に伝えてください。

- ① 明らかに発熱している人
- ② 重篤な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の既往歴のある人
- 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あたり注意が必要な人

下記にあてはまる方は本ワクチンの接種について、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に伝えてください。

- 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のある人

●予防接種を受けた後の注意

- ① 接種後30分間は、急な副反応が起きることがあります。医師とすぐに連絡をとれるようにしておきましょう。
- ② 接種後に体調に異常を感じた場合は、速やかに医師に連絡してください。
- ③ 接種部位を清潔に保ち、注射した部位をこすらないようにしてください。接種当日の入浴は差し支えありません。
- ④ 接種当日は、激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。

予防接種健康被害救済制度について

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。

新型コロナワクチン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。申請に必要な手続きなどについては、住民票がある市町村にご相談ください。