

① 65歳以上 ② 60～64歳で心臓、腎臓、呼吸器や免疫機能に障がいがある方（障がい1級相当）

		診察前の体温		度		分	
住所	金山町大字 字				電話番号		
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感染症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	
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りし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カ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。 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、本予診票が金山町に提出されることに同意します。

年 月 日 本人自署 代筆者自署 続柄

(※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)

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	筋肉内接種 ml	実施場所 医師名 接種年月日 年 月 日

高齢者等新型コロナウイルスの予防接種について(説明書) ※必ずお読みください

1 新型コロナウイルス感染症(予防接種)とは

新型コロナウイルスによる呼吸器感染症で、症状は発熱、咽頭痛、咳などが中心です。2歳未満の幼児や、基礎疾患のある方は重症化のリスクがあるとされています。高齢者でも重症化のリスクは高く、死に至ることもあります。

ワクチン接種には、発症予防や重症化(入院)予防の効果があるとされています。既感染者であっても再感染する可能性があり、ワクチン接種による追加の発症予防効果が得られることが確認されています。全年齢群においても、重症化(入院)予防効果は発症予防効果より高いことが確認されています。65歳以上の方や、60～64歳の方で心臓・じん臓・呼吸器の機能または免疫の機能に障がいがある方で、希望する場合は、予防接種法に基づく新型コロナウイルスの予防接種を受けることができます。

2 予防接種を受ける前に

(1) 一般的注意

予診票は、医師にとって、予防接種ができるかどうかを判断する上でとても大切な情報です。接種を受ける方が責任を持って記入し、正しい情報を医師に伝えてください。

(2) 予防接種を受けることができない人

- ①接種当日、明らかに発熱のある人。通常37.5℃以上。
- ②重篤な急性疾患にかかっている人
- ③予防接種の接種液の成分によってアナフィラキシーショック(じんましん・呼吸困難など)を呈したことが明らかな人。
- ④新型コロナウイルスの予防接種で、接種後2日以内に発熱のみられた人及び全身性発疹等のアレルギーを疑う病状を呈したことがある人。
- ⑤①～④のほか、医師により予防接種を行なうことが不適当な状態にあると判断された人。

(3) 予防接種を受ける際に医師とよく相談しなければならない人

- ①心臓・じん臓・呼吸器の機能に自己の身の日常生活が極度に制限される程度の障がいがある人。
- ②ヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障がいがある人。

3 予防接種の副反応について

接種後に、まれに副反応が起こることがあります。また、予防接種と同時にほかの病気がたまたま重なってあらわれることがあります。下記のような症状があらわれたり、体調の変化があった場合は、医師の診察を受けてください。

(1) 重大な副反応

まれにショック、アナフィラキシー様症状(じんましん、呼吸困難、血管浮腫等)があらわれることがあり、そのほとんどは接種後30分以内に生じます。30分間はその場で健康観察が必要です。

(2) その他の副反応

- ・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、そのほとんどが軽度または中程度です。
- ・接種直後から数日中に、胸痛、息切れ、ぐったりするなどの症状があった場合は、医療機関を受診してください。

4 予防接種健康被害救済制度について

予防接種法に基づく予防接種によって引き起こされた健康被害(副反応)が、予防接種と因果関係があると厚生労働大臣が認定した場合、市町村長から給付を受けることができます。

健康被害の程度などに応じて、医療費、医療手当、障害年金、遺族年金、遺族一時金、葬祭料などについて法律で定められた給付が受けられます。