

4 予防接種をうける前に

(1) 一般的注意

気になることやわからないことがあれば、予防接種をうける前に担当の医師に質問しましょう。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。現在、病気などで治療中の方、今までに免疫状態の異常を指摘されたことがある方は、担当医師とよく相談し、十分に納得して接種を受けましょう。

(2) 予防接種を受けることができない方

- ① 明らかに発熱している方（通常は 37.5℃を超える場合）
- ② 重い急性疾患にかかっている方
- ③ 新型コロナワクチンの成分に対してアナフィラキシー（通常接種後 30 分以内に出現する呼吸困難や全身性のじんましんなどを伴う重いアレルギー反応のこと）をおこしたことがある方
- ④ その他、かかりつけの医師に予防接種を受けないほうがよいといわれた方

(3) 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方

- ① 抗凝固療法を受けている方、血小板減少症または凝固障がいのある方
- ② 過去に免疫状態の異常を指摘されたことがある方もしくは近親者に先天性免疫不全症の者がいる方
- ③ 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障がいなどの基礎疾患がある方
- ④ 過去に予防接種で接種後 2 日以内に発熱、全身性発しんなどのアレルギーを疑う症状がみられた方
- ⑤ 過去にけいれん（ひきつけ）をおこしたことがある方
- ⑥ 新型コロナワクチン成分に対してアレルギーをおこすおそれがある方

(4) 接種を受けた後の注意事項

- ① 接種後 30 分は体調が変化することがありますので安静にし、医師とすぐに連絡がとれるようにしましょう。
- ② 接種後に高熱やけいれんなどの異常が出現した場合は、速やかに医師の診察を受けてください。
- ③ 接種後 1 週間は体調に注意しましょう。また、接種後、腫れが目立つときや体調に変化があった場合は医師にご相談ください。
- ④ 入浴はさしつかえありませんが、接種部位をこすはやめましょう。
- ⑤ 接種当日は体調の変化に気を配り、激しい運動や大量の飲酒は控えましょう。

5 予防接種健康被害救済制度

予防接種の副反応により、医療機関での治療が必要になった、あるいは生活に支障をきたすような障がいが残ったなど、健康被害が生じた場合には、予防接種法に基づく補償を受けることができます。お住まいの区の保健福祉センターにご連絡ください。国の審査会にて審議し、予防接種によるものと認定された場合に補償を受けることができます。

大阪市保健所・各区保健福祉センター

令和 6 年 9 月

新型コロナウイルス感染症予防接種 65歳以上の方等

ワクチン名・ロット番号

ワクチンシール貼付

- ◎ この予防接種は自己負担がかかります。
ただし、生活保護受給者及び市民税非課税世帯の方は無料です。
(接種当日に確認できる書類をご持参ください。)
- ◎ 接種前後の注意事項をよく読みましょう。
- ◎ この副票は、この予防接種の証明となりますので、大切に保管してください。

年 月 日

ml

筋肉内

接種部位(左・右)上腕部

※ 予防接種を見合わせた理由〔 〕

新型コロナウイルス感染症予防接種 予診票

- ◎ 接種当日に太ワクチンのみを、記入してください。(※印は記入しないでください。)

住 所	大阪市 区		
氏 名		男・女	電話()
生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日生(満 歳)

質 問 事 項	回 答 欄		医師の確認欄
1. 今日受ける新型コロナウイルス感染症予防接種についての説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
2. 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	
3. 今日、身体に具合の悪いところがありますか。 それはどんな状態ですか。()	はい	いいえ	
4. その他、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() 時期() 頃	はい	いいえ	
5. 現在、何か病気にかかっていますか。 病名() 治療(投薬など)を受けていますか。 その病気を診てもらっている主治医に今日の予防接種は受けてよいといわれましたか。	はい	いいえ	
6. 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() その病気を診てもらっている主治医に今日の予防接種は受けてよいといわれましたか。	はい	いいえ	
7. 免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
8. 薬や食べ物で皮ふに発疹やじんましんがでたり、身体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
9. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。	はい	いいえ	
10. 以前に新型コロナウイルス感染症の予防接種を受けて身体の具合が悪くなったことがありますか。 新型コロナウイルス感染症以外の予防接種を受けて身体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
11. 1か月以内に何か予防接種を受けましたか。受けた予防接種の種類()	はい	いいえ	
12. その他、今日の予防接種について何か質問がありますか。 具体的に()	はい	いいえ	

※ [医師の記入欄]

診察所見・その他特記事項

以上の予診(問診、検温、診察)の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせたほうがよい)と判断します。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をしました。

※ 体温測定 度 分

医師署名
又は
記名押印

※ ワクチンロット番号	※ 接種量・接種部位	※ 接種場所・接種医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No. 最終有効年月日	筋肉内接種 ml 接種部位(左・右)上腕部	実施場所 接種医師名 接種年月日 令和 年 月 日

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、新型コロナウイルス感染症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などについて理解したうえで、接種を希望しますか。(希望します・希望しません)

(※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載してください。)

被接種者署名

代筆者名

続柄

◎この予診票は、予防接種における安全性の確保を目的としています。提出いただきました予診票は、この目的以外には使用いたしません。