

令和 8 年度 広域化

期 間 10月1日～3月31日

自己負担額： 5,000 円

市町村番号： 447

保険医療機関コード

新型コロナワクチン接種 予診票

〔高齢者・特定〕

※太ワク内をご記入ください。

|         |  |         |  |         |  |                            |  |
|---------|--|---------|--|---------|--|----------------------------|--|
| 住 所     |  | 上益城郡山都町 |  | TEL ( ) |  | 度 分                        |  |
| フリガナ    |  |         |  | 男・女     |  | 大正・昭和<br>年 月 日生<br>( 歳 カ月) |  |
| 受ける方の氏名 |  |         |  |         |  |                            |  |

|                                                        |  |  |                    |     |
|--------------------------------------------------------|--|--|--------------------|-----|
| 接種間隔の確認                                                |  |  | 医師記入欄              |     |
| 1 カ月以内に予防接種を受けましたか。                                    |  |  | はい                 | いいえ |
| 最後に受けた予防接種の接種日と種類をご記入下さい。<br>接種日 ( 年 月 日 ) 予防接種の種類 ( ) |  |  | □かかりつけ医<br>□今年度1回目 |     |

|                                                                                                                                              |  |     |     |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----|-----|-------|
| 質問事項                                                                                                                                         |  | 回答欄 |     | 医師記入欄 |
| 今日の新型コロナワクチンの接種について、説明文（裏面）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、何らかの病気にかかって、治療（投薬など）を受けていますか。<br>病 名：□心臓病 □腎臓病 □肝臓病 □血液疾患 □血が止まりにくい病気<br>□免疫不全 □毛細血管漏出症候群<br>□その他 ( )<br>治療内容：□血をサラサラにする薬 ( )<br>□その他 ( ) |  | はい  | いいえ |       |
| 最近 1 カ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、体に具合が悪いところがありますか。<br>具体的な症状を書いてください。 ( )                                                                                                  |  | はい  | いいえ |       |
| けいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか。                                                                                                                     |  | 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。<br>薬・食品など原因になったもの ( )                                                                            |  | はい  | いいえ |       |
| 新型コロナワクチン接種をうけたことがありますか。                                                                                                                     |  | 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はありますか。<br>種類 ( ) 症状 ( )                                                                                              |  | 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 |       |

医師の記入欄

問診および診察の結果、今日の予防接種は（ 可能 ・ 見合わせる ）

本人対して、予防接種の効果、目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、説明をした。

医師の署名または記名押印

被接種者の記入欄（医師の診察の結果、接種が可能と判断された後にご記入ください。）

私は、医師の診察・説明を受け、予防接種の効果、目的、接種するワクチンの有益性、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 ・ 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事に同意します。

令和 年 月 日 本人自署

※代筆者署名 (続柄)

(※自署できない方の場合、家族などの代筆者が接種者氏名を本人自署欄に署名し代筆者氏名及び被接種者との続柄も記載)

|                     |        |                  |
|---------------------|--------|------------------|
| 使用ワクチン・LotNo. ・有効期限 | 接種量    | 実施場所・接種医師名・接種年月日 |
| ワクチン名               | □ □ ml | 実施場所             |
| L o t No.           |        | 医 師 名            |
| 有効期限 年 月 日          |        | 接種年月日 令和 年 月 日   |

(ウラ面を必ずお読みください。)

# 新型コロナワクチン接種を受ける方へ

予防接種を受けられる前に必ずお読みください。（山都町役場健康福祉課）

## 1 疾病の概要

新型コロナウイルス感染症は新型コロナウイルスの感染によって起こる病気です。患者からの咳などで空気中にまかれたウイルスを吸い込んだり、患者に直接的に接触することにより感染します。新型コロナウイルスによる感染症が発症すると、熱や咳など風邪によく似た症状がみられます。軽症のまま治癒する人も多い一方、重症化すると、呼吸困難などの肺炎の症状が悪化し、死に至る場合もあります。

## 2 副反応

主な副反応としては、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。こうした症状の大部分は、接種後数日以内に回復します。また、まれ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。ごくまれではあるものの、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。

## 3 予防接種を受けるときの注意

### (1) 一般的な注意事項

予防接種は健康な人が元気なときに接種を受け、その病原体の感染を予防するものですから、体調のよいときに受けるのが原則です。以下の注意を守って、安全に予防接種を受けられるようにしてください。

- ・受ける前日は入浴（またはシャワー）し、体を清潔にして当日は清潔な着衣をつけましょう。
- ・当日の朝から身体の状態をよく観察し、普段と変わったところのないことを確認してください。

### (2) 予防接種を受ける事ができない方

- ・明らかに発熱のある方（接種会場で測定した体温が37.5度以上の場合）
- ・重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方
- ・この予防接種によって、またはワクチンの成分に対し重度の過敏症（※）の既往歴がある方
- （※）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あった人は、同一成分を含むワクチンを用いた接種を受けることはできません。
- ・その他、医師が予防接種を受けることが不適当な状態と判断した場合

### (3) 予防接種を受けるに際し、医師とよく相談しなくてはならない方

- 次に該当すると思われる方は、必ず接種前の診察時に医師へ伝えてください。
- ・抗凝固療法を受けている方、血小板減少症または凝固障害のある方
- ・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
- ・予防接種で接種後2日以内に発熱があった方および全身性の発疹等のアレルギーを疑う症状がでた方
- ・今までにけいれんを起こしたことがある方
- ・今までに免疫不全の診断がなされている方、近親者に先天性免疫不全症の人がいる方
- ・接種するワクチンの成分に対して、アレルギーが起こる恐れがある方

### (4) 予防接種を受けた後の注意事項

- ・接種を受けた後、15分以上（過去にアナフィラキシーを含む重いアレルギー症状を起こしたことがある方や、気分が悪くなったり、失神等を起こしたりしたことがある方は30分以上）、接種を受けた施設でお待ちいただき、体調に異変を感じた場合には、速やかに医師へ連絡してください。（急に起こる副反応に対応できます。）
- ・接種部位は清潔に保つようにし、接種当日の入浴は問題ありませんが、注射した部分をこすらないようにしてください。また、接種後に体調は悪い時は無理をせず、入浴を控える等、様子を見るようにしてください。
- ・通常の生活は問題ありませんが、当日の激しい運動や飲酒は避けましょう。

## 4 予防接種健康被害救済制度について

予防接種によって引き起こされた副反応により、生活に支障が出るような障害を残すなどの健康被害が生じた場合には、予防接種法に基づく給付を受けることができます。健康被害の程度に応じて、医療費、医療手当、障害年金、死亡一時金、葬祭料などの区分により法律で定められた金額が支給されます。死亡一時金、葬祭料以外については、治療が終了する又は障害が治癒する期間まで支給されます。ただし、その障害が予防接種によって引き起こされたものか、別の要因によるものなのかの因果関係を予防接種・感染症医療・法律等、各分野の専門家からなる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給付を受けることができます。

|       |             |              |
|-------|-------------|--------------|
| 【連絡先】 | 健康福祉課健康づくり係 | 0967-72-1295 |
|       | 清和支所 住民福祉係  | 0967-82-2112 |
|       | 蘇陽支所 住民福祉係  | 0967-83-1112 |