

松本市 新型コロナウイルス感染症予防接種 予診票 兼 接種済証

下記のとおり予防接種を実施したことを証明します。 松本市長
(※この接種済証は再発行できません。大切に保管してください。)

太枠内をボールペンで記入してください。体温は医療機関で測定してください。

医療機関使用欄

(当てはまる番号に○印)

- 満 65 歳以上
- 満 60～64 歳で心臓・腎臓・呼吸器・免疫機能のいずれかで身体障害者手帳 1 級所持
(上記 1 または 2 の該当者のうち)
- 生活保護受給中

医療機関の皆様へ

予診票原本を松本市にご提出ください。2部コピーをとり、1部をご本人へ接種済証として渡し、もう1部を医療機関控えとしてください。

※松本市に住民登録のない方は、この予診票は使えません。

	診察前の体温	度	分
住 所	松本市		
氏 名		男 ・ 女	
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和	年	月 日生 (満 歳)
電話番号			

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予防接種の説明書を読み、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か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類() いつ()	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()	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
-------	--

使用ワクチン名(シール貼付欄)	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	筋肉内注射	実施場所:
Lot No.		医 師 名:
(注)有効期限が切れていないか確認	ml	接種年月日: 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、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。 年 月 日 被接種者自署 (代筆者 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)
--

<松本市 新型コロナウイルス感染症予防接種の説明書>

新型コロナウイルス感染症予防接種は接種を受ける法律上の義務は無く、自らの意思で接種を希望する方のみに行うものです。

1 ワクチンの効果と副反応について

このワクチン接種は、新型コロナウイルス感染症の発病や発症後の重症化を予防するものです。ワクチン接種に伴い、次のような副反応があらわれることがあります。

- (1) ショック、アナフィラキシー(冷汗が出る、顔面蒼白、動悸、全身のかゆみ、めまい、喉のかゆみ、手足が冷たくなる)
- (2) 全身症状(発熱、頭痛、疲労、筋肉痛、関節痛、吐き気・嘔吐、悪寒)
- (3) ギラン・バレー症候群(手足の力が入りにくい、しびれ等)
- (4) 血管迷走神経反射(立ちくらみ、血の気がひく、気を失う(失神する))
- (5) 心筋炎・心膜炎(胸の痛み、動悸、むくみ、息切れ、浅くて速い呼吸)
- (6) 注射部位症状(痛み、腫れ、発赤、紅斑、リンパ節(わきの下あたり)の痛み、圧痛)

2 予防接種を受けることができない方

- (1) 接種当日、37.5℃以上の発熱がある方
- (2) 重篤な急性疾患にかかっている方
- (3) 過去に新型コロナウイルス感染症予防接種を接種した時にショック、アナフィラキシーがあらわれた方
- (4) 予防接種の接種液の成分に対し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にある方

3 接種前に医師と相談する必要がある方

- (1) 血小板減少症や凝固障害のある方、抗凝固療法を受けている方
- (2) 過去に免疫不全の診断がされている方及び近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
- (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) 過去にけいれんを起こしたことがある方
- (6) 接種液の成分に対してアレルギーを起こすおそれがある方

4 接種後の注意点

- (1) 副反応の発現に注意してください。接種後に気になる症状があった場合は、速やかに接種医あるいはかかりつけ医に相談してください。
- (2) 注射した部分は清潔に保ってください。
- (3) 接種当日の入浴は問題ありませんが、注射した部分はこすらないようにしてください。ただし、体調が悪い時は、入浴を控えることも検討してください。
- (4) 接種当日の激しい運動や過度の飲酒等は控えてください。

5 健康被害救済制度

定期の予防接種による副反応のために、医療機関で治療が必要な場合や生活が不自由になった場合(健康被害)は、法律に定められた救済制度(健康被害救済制度)があります。制度の利用を申し込むときは、健康づくり課にご相談ください。(制度を利用するためには、一定の条件があります。)

<お問い合わせ>

松本市保健所 健康づくり課 電話:34-3217 FAX:39-2523