

新型コロナウイルス感染症予防接種予診票

診察前の体温	度	分
--------	---	---

〈生保№ 〉

住 所	南相馬市	TEL	
ふりがな		性 別	生年 月 日 生
氏 名		男 ・ 女	□大正 年 月 日生 □昭和 (満 歳)

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
今シーズンに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。 (1回目：令和 年 月) (「はい」の場合、全額自己負担です。)	は い いいえ	
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。 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()	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	

※予診票に署名がないと予防接種は受けられません。

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
-------	--

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	筋肉内接種 □コミナティ 0.3ml	実施場所
Lot No.	□エムネクスパイク 0.2ml □スパイクバックス 0.25ml	医 師 名
※有効年月日 年 月 日	□ダイチロナ 0.6ml □ヌバキソビッド 0.5ml □コスタイベ 0.5ml □その他 (ml)	接種年月日 令和 年 月 日 時 分

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。

令和 年 月 日 被接種者自署

(※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)

新型コロナウイルス感染症予防接種予診票

診察前の体温	度	分
--------	---	---

〈生保№ 〉

住 所	南相馬市	TEL	
ふりがな		性 別	生年 月 日 生
氏 名		男 ・ 女	□大正 年 月 日生 □昭和 (満 歳)

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
今シーズンに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。 (1回目：令和 年 月) (「はい」の場合、全額自己負担です。)	は い いいえ	
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。 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 ()	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	

※予診票に署名がないと予防接種は受けられません。

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
-------	--

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	筋肉内接種 □コミナティ 0.3ml	実施場所
Lot No.	□エムネクスパイク 0.2ml □スパイクバックス 0.25ml	医 師 名
※有効年月日 年 月 日	□ダイチロナ 0.6ml □ヌバキソビッド 0.5ml □コスタイベ 0.5ml □その他 (ml)	接種年月日 令和 年 月 日 時 分

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。

令和 年 月 日 被接種者自署 _____

(※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)

新型コロナウイルス感染症予防接種済証

住 所 南相馬市

ふりがな

氏 名

性 別

男 ・ 女

生年

月日

☐大正

☐昭和

年

月

日生

(満

歳)

ワクチンロット番号

ワクチン名

Lot No.

※有効年月日 年 月 日

接 種 量

筋肉内接種

- ☐コミナティ 0.3ml
☐エムネクスパイク 0.2ml
☐スパイクバックス 0.25ml
☐ダイチロナ 0.6ml
☐ヌバキソビッド 0.5ml
☐コスタイベ 0.5ml
☐その他 (ml)

実施場所・医師名・接種年月日

実施場所

医 師 名

接種年月日 令和 年 月 日 時 分

福島県南相馬市長



新型コロナワクチン予防接種説明書

新型コロナウイルスワクチン接種について

令和6年度以降の新型コロナワクチンの接種については、個人の重症化予防により重症者を減らすことを目的とした定期接種（B類）として実施することとなっています。定期接種（B類）については接種を受ける法律上の義務はなく、本人が接種を希望する場合にのみ接種を受けることができます。

なお、定期接種により助成を受けられるのは、実施期間中に一人1回のみです。

ワクチンに期待される効果について

新型コロナワクチンについては、有効性及び安全性が確認された上で薬事承認されており、新型コロナウイルス感染症にかかった場合の入院や死亡等の重症化等を予防する重症化予防効果が期待されています。

ワクチンの副反応について

令和5年度まで特例臨時接種として実施していたワクチンによる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、寒気、発熱等があり、ごく稀ではあるものの、心筋炎や心膜炎を疑う事例も報告されています。

これまでに明らかになっていない症状が出る可能性があります。接種後に気になる症状があった場合は、接種医やかかりつけ医にご相談ください。

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接種できません。該当すると思われる場合、必ず接種前の診察時に医師へ伝えてください。

1. 明らかに発熱のある人（通常 37.5℃ 以上を指しますが、平時の体温に鑑みて判断します）
 2. 重い急性疾患にかかっている人
 3. 今回接種する新型コロナウイルス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、医師が不適当な状態と判断した方
- （※）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。

予防接種を受けるとき担当医との相談が必要な人

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へ伝えてください。

1. 抗凝固法を受けている人、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のアレルギーが疑われる症状が出た人
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恐れがある人

予防接種後の一般的注意事項

- ・ 急な副反応が起こる場合があるため、ワクチン接種後30分間は安静に待機し、体調に変化がないか様子を見てください
- ・ 注射した部分は清潔にしてください。接種当日の入浴は問題ありませんが、注射部分はこすらない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過度の飲酒等は控えてください

健康被害救済制度について

予防接種によって重篤な健康被害が発生した場合、予防接種法に基づく救済（医療費・障害年金等）を受けられます。

健康被害救済制度の申請については南相馬市健康づくり課にご連絡ください。

【問い合わせ先】 南相馬市健康づくり課（原町保健センター）電話 0244 (23) 3680