

診察前の体温

度 分

団体名
所属フリガナ
氏名

健康保険証記号

番号

性別 男 ・ 女

様

受付日

受付番号

住所 〒

TEL

生年月日

年齢

歳

※接種希望の方は、太枠内のみご記入ください。回答欄にはどちらかに○印をつけてください。

質問事項	回答欄		医師記入欄
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	
今日受ける新型コロナウイルス感染症の予防接種について、説明文(裏面)を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
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。	いいえ	はい	
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	
最近1ヵ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	
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いわれましたか。	はい	いいえ	
現在、ほかに何か病気にかかっていますか。病名()	はい	いいえ	
治療(ステロイド剤やその他の投薬など)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いわれましたか。	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	
薬や食品で、皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか。接種名() 接種日 / ()	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	
【女性の方に】現在、妊娠中または妊娠の可能性がありますか。	はい	いいえ	

医師の記入欄

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、副反応及び独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、説明しました。

医師の署名 又は 記名押印 _____

本人記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応およびの可能性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)

本人の署名 _____

使用ワクチン	Lot. No.	医療機関名・医師名・接種年月日
コミナティ筋注(ファイザー) 0.3ml	(注)有効期限が切れていないか要確認	医療機関名 : 富坂診療所 医師名 : 接種年月日 : 年 月 日
	接種部位(筋肉内)	
	左 上腕 右 その他()	

記載いただきました個人情報はワクチン接種の予診に関してのみ使用致します。

新型コロナウイルス感染症予防接種にあたって、受けられる方の健康状態をよく把握する必要があります。そのため、表面の予診票にできるだけ詳しくご記入ください。

【ワクチンの効果と副反応】

新型コロナウイルス感染症の予防接種は、新型コロナウイルス感染症にかかりにくくなったり、かかったとしても重症化を防ぐ効果があります。今回接種するワクチンは、メッセンジャーRNA(mRNA)ワクチンという種類のワクチンです。ウイルスのタンパク質を作る基になる情報の一部を注射します。人の体の中で、この情報を基にウイルスのタンパク質の一部が作られ、それに対する抗体などができると、ウイルスに対する免疫ができます。私たちが持つ体内の異物を攻撃する免疫の仕組みを利用して、新型コロナウイルス感染症の発症を予防します。

一方、副反応に関して、主な副反応は、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。また、稀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。なお、本ワクチンは、新しい種類のワクチンのため、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を認めた場合は、接種医あるいはかかりつけ医に相談してください。

ごく稀ではあるものの、ワクチン接種後に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機、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。また、ごく稀ではあるものの、mRNAワクチン接種後にギラン・バレー症候群が報告されています。接種後、手足の力が入りにくい、しびれ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。なお、予防接種と同時に、他の病気がたまたま重なって現れることもあります。

上記の症状が認められたり、疑われた場合は、すぐに医師に申し出て下さい。なお、健康被害が生じた場合の救済については、健康被害を受けた人または家族が、医薬品医療機器総合機構法に基づいて手続きを行うことになります。

【富坂診療所で予防接種を受けることができない人】

1. 明らかに発熱のある人(37.5℃以上の人)
2. 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
3. 本ワクチンの成分に対し重度の過敏症(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での追加接種はできません。)の既往歴のある人
4. 現在、妊娠中または妊娠の可能性がある人
5. 15歳未満の人
6. その他、医師が予防接種を受けることが不相当と判断した人

【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人】

1. 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
2. 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人
3. 過去にけいれんを起こしたことがある人
4. 抗凝固療法を受けている人、血小板減少症または凝固障害のある人
5. 過去にけいれんを起こしたことがある人
6. 過去に免疫不全の診断がなされている人及び近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
7. 本ワクチンの成分に対して、アレルギーが起こるおそれがある人

※過去に、薬剤で過敏症やアレルギーを起こしたことのある人は、接種前の診察時に必ず医師へ伝えてください。

【予防接種を受けた後の注意】

1. 新型コロナウイルス感染症の接種を受けた後30分間は、急な副反応(息苦しさ、蕁麻疹、咳など)が起きることがあります。医療機関にいるなどして、様子を観察し、医師とすぐ連絡をとれるようにしておきましょう。
2. 注射した部分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、こすらないようにしてください。また、接種後に体調が悪い時は無理をせず、入浴は控える等、様子を見るようにしてください。
3. 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。
4. 万一、高熱やけいれん等の異常な症状が出た場合は、速やかに医師の診察を受けてください。

あなたの接種予定日	医療機関名
月 日 () 当日は受付に 時 分頃 おこしてください	

予防接種法の定期接種によらない任意の接種によって健康被害(医薬品を適正に使用したにもかかわらず発生した副作用により入院治療が必要になるほど重篤な健康被害)が生じた場合は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法による被害救済の対象となります。健康被害の内容、程度等に応じて、薬事審議会(副作用・感染等被害判定部会)での審議を経た後、医療費、医療手当、障害年金、遺族年金、遺族一時金などが支給されます。詳しくは医薬品副作用被害救済制度のホームページをご覧ください。問合せ先は右記のとおりです。

独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 救済制度相談窓口
 〒100-0013 東京都千代田区霞が関3-3-2 新霞が関ビル
 電話：0120-149-931(フリーダイヤル)
 URL：<https://www.pfizer-covid19-vaccinated.jp/>

