

令和6年度 日進市新型コロナワクチン予防接種予診票兼接種券

日進市の住民基本台帳に記録がありますか はい いいえ (対象外)	年齢区分	<input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60歳～64歳	費用負担 区分別 <input type="checkbox"/> 2,500円 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯の人(無料)
フリガナ	男 女	電話番号	大・昭 年 月 日 (満 歳)
氏名		生年月日	
住所	日進市	診察前の体温	度 分 (37.5度以上は不可)

質問事項	回答欄	医師記入欄
日進市が実施する新型コロナワクチン予防接種は令和6年10月以降、1回目の接種ですか。	いいえ (対象外) 1回目	
前回の新型コロナワクチンの予防接種から、3か月以上の間隔があいていますか。	いいえ (対象外) はい	
今日の新型コロナワクチン感染症の予防接種について別添の説明書を読みましたか。	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	
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 はい いいえ 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	
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 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 はい いいえ 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(接種日 月 日)	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() 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 いいえ はい	
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
-----------	---	------------

新型コロナワクチン予防接種希望書 (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うえで、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)

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、本予診票が日進市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 _____ (代筆者署名 _____ 続柄 _____)
(※) 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

ワクチンロット番号・メーカー名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
Lot No. メーカー名	筋肉内注射 ml	実施場所 立松整形外科・内科クリニック 医師名 院長 立松 尚 衛 接種(予診)年月日 令和 年 月 日

新型コロナワクチン予防接種済証 (本人控え)

氏名	接種年月日	令和 年 月 日
ワクチン名	実施場所	
Lot No.	医師名	

健康保険証や後期高齢者医療被保険者証と一緒に保管してください。

日進市長 近藤 裕貴



定期予防接種

令和6年度 日進市新型コロナワクチン予防接種説明書

1. 接種対象者

接種日当日に、日進市の住民基本台帳に登録されている、次のいずれかに該当する人

- (1) 65歳以上の人
- (2) 60歳以上65歳未満の人であって、心臓、じん臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する人（身体障害者手帳 1級程度）

2. 料金

2,500円（1回に限ります）

※ただし、生活保護世帯の人は無料。地域福祉課発行の「生活保護受給証明書」が必要です。

3. 新型コロナウイルス感染症について

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。

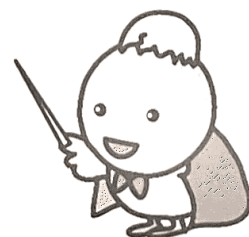
4. 新型コロナウイルス感染症の予防法

感染予防を心がけ体調を整えるようにしましょう。

高齢者や基礎疾患のある方が感染した場合は、重症化するおそれがあります。

感染対策として次のものが効果的です。

- マスクの着用を含めた咳エチケット
- 手洗い（手指消毒）
- 換気



5. 新型コロナワクチンについて

有効性や安全性が確認された上で薬事承認されており、さらに、国内外で実施された研究などにより、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効果が認められたと報告されています。

6. 予防接種の副反応

- 予防接種をした部分の痛み
- 疲労、頭痛、筋肉や関節の痛み、寒気、下痢、発熱等の身体症状

上記のような症状がみられることがありますが、大部分は接種後数日以内に回復しています。症状が悪化したり、治らない場合は医師にご相談ください。

※稀に起こる重い副反応として、アナフィラキシー（急性のアレルギー反応）が報告されています。

また、mRNA ワクチンでは、頻度としてはごく稀ですが、心筋炎や心膜炎を疑う事例が報告されています。

接種後は自らの健康管理に注意し、もし、高熱や体調の変化、その他局所の異常反応に気づいた場合は、速やかに医療機関を受診してください。

7. 予防接種を受ける前に

(1) 一般的注意事項

新型コロナワクチン予防接種の必要性や副反応について、よく理解したうえで接種を受けてください。わからないことがあれば、接種を受ける前に担当の医師や看護師に質問しましょう。

予診票は接種をする医師にとって大切な情報です。責任を持って記入し、現在の健康状態を正しく伝えてください。

(2) 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(通常、体温が 37.5 度以上ある場合をさします。)
- ② 重い急性疾患にかかっている人
- ③ ワクチンの成分に対し、アナフィラキシーなど重度の過敏症の既往歴のある人
「重度の過敏症」とは、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のことです。
- ④ 上記以外で、予防接種を受けることが不適切な状態にある人



(3) 予防接種を受けるにあたり、注意が必要な人

以下に該当すると思われる場合は、予診票に記載していただいた上で、必ず接種前の診察時に医師へ伝えてください。

- ① 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
- 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でた人
- ⑤ 過去にけいれんを起こしたことがある人
- ⑥ 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

8. 予防接種を受けた後に

(1) 一般的注意事項

- ① 予防接種を受けた後の 30 分間程度は、急な副反応が起こることがあります。医師とすぐ連絡を取れるようにしておきましょう。

予防接種を受けた後、接種部位が痛みや熱をもってひどくはれたり、全身のじんましん、繰り返す嘔吐（おうと）、顔色の悪さ、低血圧、高熱などが現れたら、速やかに医療機関の診察を受けてください。

- ② 副反応の多くは 24 時間以内に起きるので、体調に注意しましょう。
- ③ 接種当日の入浴は差し支えありませんが、注射した部位を強くこすらないようにしましょう。
- ④ 接種当日はいつもの生活をしてかまいませんが、激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。



(2) 副反応が起こった場合

定期の予防接種によって引き起こされた副反応により、医療機関での治療が必要になったり、生活に支障がでるような障害を残すなどの健康被害が生じた場合には、法律に基づく給付を受けることができます。ただし、接種した予防接種と健康被害の因果関係があると厚生労働大臣が認定した場合のみ、健康被害に対する給付を受けることができます。

《お問い合わせ先》

日進市健康課(保健センター)

電話:0561-72-0770/FAX:0561-74-0244