新型コロナワクチン（コミナティ）接種 予診票

任意接種用

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください
※接種される方がお子さまの場合は、保護者が記入してください

診察前の体温　　度　　分

住所	〒			
フリガナ 接種される方の氏名		□男 □女	TEL	（　　）　　－
（保護者の氏名）			生年月日（西暦）	年　月　日生 （満　歳）

質問事項	回答欄		医師記入欄
「新型コロナワクチン（コミナティ）を接種される方へ」（裏面）を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか	□はい	□いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか　症状（　　）	□はい	□いいえ	
5歳以上：新型コロナワクチンの接種を受けたことがありますか はいの場合（前回の接種日：　　年　　月　　日） 6ヵ月～4歳：新型コロナワクチンの接種は受けたことがありますか はいの場合（接種回数：　　回）（前回の接種日：　　年　　月　　日）	□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 また、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 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　□免疫不全 □毛細血管漏出症候群　□その他（　　） 治療内容：□血をサラサラにする薬（　　） □その他（　　）	□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	
（接種を受けられる方がお子さまの場合） 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか（具体的に　　）	□はい	□いいえ	
過去にけいれんを起こしたことがありますか はいの場合（　　歳頃）　そのとき熱がでましたか（□はい・□いいえ）	□はい	□いいえ	
近親者に先天性免疫不全症の方がいますか	□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 薬・食品など原因になったもの（　　）	□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 予防接種の種類（　　）　症状（　　）	□はい	□いいえ	
（女性の方に）現在妊娠中または妊娠している可能性はありますか　または授乳中ですか	□はい	□いいえ	
今日の新型コロナワクチン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、今日の接種は（□可能・□見合わせた方が良い）と判断しました 本人または保護者に対して、接種の効果、副反応及び医薬品副作用被害救済制度について説明しました	医師署名または記名押印

新型コロナワクチン接種希望書

医師の診察・説明を受け、ワクチンの効果や副反応について理解した上で、接種を希望しますか　□希望します　□希望しません

年　　月　　日　被接種者または保護者署名

・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　（代筆者の場合：続柄　　）

ワクチン名など	用法及び用量等	実施場所・医師名・接種年月日
接種シール貼付欄：	**筋肉内接種** 左腕／右腕／大腿前外側部 0.3mL	実施場所： 医師名： 接種年月日：　年　月　日

ご記載いただいた個人情報は、新型コロナワクチン接種の予診に関してのみ、使用させていただきます。

新型コロナワクチン（コミナティ）を接種される方へ　任意接種用

新型コロナワクチン（コミナティ）の接種にあたって、接種を受ける方の健康状態をよく把握する必要があります。この説明文書をお読みになり、予診票へのご記入をお願いいたします。接種する方がお子さまの場合は、保護者の方が記入してください。

なお、新型コロナワクチンについて詳しく知りたい方は、ウェブサイト**「患者さん向けくすりの情報提供サイト**（https://www.pfizermedicalinformation.jp/patient/search?keyword=%E3%82%B3%E3%83%9F%E3%83%8A%E3%83%86%E3%82%A3）**」**をご覧ください。

本ワクチンの特徴と安全性（副反応）

本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。mRNAワクチンでは、ウイルスのタンパク質を作る基になる遺伝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ことで、ウイルスに対する免疫ができます。一方で、本ワクチンには、下記のような副反応が知られています。

- 注射した部位の痛み、頭痛、筋肉や関節の痛み、疲労、寒気、発熱等があらわれることがあります。
- 起こるかもしれない重い症状（頻度不明）として、ショックやアナフィラキシーが認められることもあります。ワクチン接種直後から時には5分以内、通常30分以内に皮膚のかゆみ、腹痛、視覚の異常などの症状があらわれた場合、ショック、アナフィラキシーの疑いがあります。その際は、ただちに、接種を受けた医療機関等の施設の医師、看護師またはかかりつけ医へ相談してください。
- 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。胸の痛みや動悸、むくみ、息切れ等の症状があらわれたら、速やかに医師の診察を受けてください。
- ワクチン接種後のギラン・バレー症候群が報告されています。接種後、歩行時につまずく、階段を上れない、手足（特に足）に力が入らない等の症状があらわれたら、早い段階で医師等に相談するようにしてください。

本ワクチンの接種が受けられない方

下記にあてはまる方は本ワクチンを接種できません。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。

- 明らかに発熱している方
- 重い急性疾患にかかっている方
- 本ワクチンの成分に対し重度の過敏症の既往歴のある方
- 上記以外で、予防接種を受けることが不適当な状態にある方

本ワクチンの接種にあたって注意が必要となる方

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。

- 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
- 過去に免疫不全の診断を受けた方、近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
- 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
- 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方
- 過去にけいれんを起こしたことがある方
- 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方
- 腎機能障害のある方
- 肝機能障害のある方

なお、妊婦または妊娠している可能性がある方、授乳されている方は、必ず接種前の診察時に医師へ伝えてください。
高齢の方は、ご自身の健康状態について接種前の診察時に医師へ伝えてください。

本ワクチンの接種に際しての注意点と接種してからの過ごし方

- 過去に他のワクチンや医薬品、食品、化粧品に対してアレルギー反応がみられた方は、予診票にアレルギーの情報（何に対してどのような症状が出たのか）をできる限り記載の上、事前にかかりつけ医に相談するか、もしくは接種当日、医師にご相談ください。
- 本ワクチンの接種を受けた後しばらくの間は、接種を受けた医療機関等の施設でお待ちいただき、体調に異常を感じた場合には、ただちに医師、看護師等へ伝えてください（急に起こる副反応に対応できます）。
- 本ワクチンの接種後も基本的な感染予防策（マスク着用、密集、密接および密閉の回避、手洗いや咳エチケット等）を必要に応じて行なってください。
- 注射した部位は清潔に保つようにしましょう。
- 接種当日の入浴は問題ありませんが、注射した部位はこすらないようにしましょう。
  ただし、ワクチンを接種した当日を含め、ワクチン接種後に体調が悪い時は入浴を控えることも検討してください。
- 接種当日の激しい運動は控えましょう。

医薬品副作用被害救済制度

医薬品副作用被害救済制度は、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が生じた場合（医薬品を適正に使用したにもかかわらず、その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）に、医療費や年金などの給付を行う公的な制度です。

お問合せ先：**独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）救済制度相談窓口**　**電話：0120-149-931**（フリーダイヤル）
URL：https://www.pmda.go.jp/kenkouhigai_camp/

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