

# 新型コロナワクチン情報

## ◆予診票の書き方

スムーズに接種を行うため、予診票は黒色のボールペンで事前に記入してください。

### 新型コロナワクチン接種の予診票 (追加接種用)

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

住民票に記載されている住所	都道府県	市区町村
青空市太陽三丁目1-2-3 ○○○マンション201号室		
フリガナ	ケンコウ ナミヘイ	電話番号
氏名	健康 波平	-
生年月日(西暦)	1959年01月01日生(満 歳)	診察前の体温 度 分

《確認してください》  
【ポイント①】  
氏名、住所などが最初から印字されています。自分の氏名が記載された予診票であることを確認してから記入してください

質問事項	回答欄	医師記入欄
【ポイント②】 質問事項に対して、「はい」「いいえ」のあてはまる回答にレ点 チェックをしてください	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
「新型コロナワクチンの説明書」を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。 病名： <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい病気 <input type="checkbox"/> 免疫不全 <input type="checkbox"/> 毛細血管漏出症候群 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
【ポイント③】 現在治療中の病気や服用している薬があれば、記入してください	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。 種類( ) 症状( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか。または、授乳中ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類( ) 受けた日( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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( <input type="checkbox"/> 可能 ・ <input type="checkbox"/> 見合わせる )	医師署名又は記名押印
医療機関記入欄	本人に対して、接種の効果、副反応及び接種健康被害救済制度について説明した <b>記入しないでください</b>	
	医療機関 〇 時間外(受付時間 : ) 〇 休日 〇 小児(6歳未満) 〇 予備① 〇 予備②	

新型コロナワクチン接種希望書

【ポイント④】  
接種を受けるには、接種希望書欄に本人の同意と署名が必要です

年 月 日 被接種者又は保護者自署

(※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)  
(※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年後見人の場合は本人又は成年後見人自署)

ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	医療機関等コード
	ml	医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください (注)有効期限が切れていないか確認		202 年 月 日	

問い合わせ先 新型コロナワクチン接種対策室 (☎ 22-5123)

## ◆住民向け追加接種(3回目接種)を2月から実施します

- ◆対象者 ※以下の全てに該当する人
  - ▷接種を希望する18歳以上の市民
  - ▷2回目の接種を完了した日から原則8カ月以上経過している人
- ◆使用するワクチン
  - ▷ファイザー社「コミナティ筋注」
  - ▷武田/モデルナ社「スパイクバックス筋注」
- ※1、2回目と異なるワクチンの接種を受けることも可能です
- ◆接種書類 1月下旬以降に順次送付します。書類が届いたら内容を確認して予約ください
- ◆接種方法 市内協力医療機関での個別接種

## ◆追加接種に関するQ & A

- ①接種に関すること
  - ◎追加接種にはどのような効果がありますか？
  - ▲行わなかった場合と比べて、感染予防や重症化予防の効果を高めるとされています。
- ②ワクチンに関すること
  - ◎1、2回目と異なる種類のワクチンを接種した場合でも効果がありますか？
  - ▲同じ種類と異なる種類、どちらのワクチンを接種した場合でも、安全性や有効性に変わりがないことが報告されています。
- ③副反応に関すること
  - ◎どのような副反応がありますか？
  - ▲一部症状の出現率に差はありますが、おおむね1、2回目と同様の症状(痛みや発熱など)が見られます。
  - ◎武田/モデルナ社ワクチンの副反応が強いと聞いていますが大丈夫ですか？
  - ▲追加接種における同社ワクチンの接種量は、1、2回目の半分となります。2回目と比べて、発熱や疲労などの症状が少ないことが報告されています。

## ◆接種の際の移動手段についてお困りの人へ

接種の際、各医療機関までの移動手段がない人などは、タクシーやコミュニティバスが無料で利用できます。

**対象者** 市内在住で、各医療機関までの移動手段の支援が必要な人  
(例) 運転免許を持っていない人。免許を持っているが、運転に不安がある人(高齢者、妊産婦) など

**利用方法** 接種案内を提示することで対象区間の利用料金が無料になります。詳しくは、接種書類が入った封筒に同封されている案内を確認ください

問い合わせ先 政策推進課 (☎ 23-3115)