

健健発 0215 第 1 号  
令和 3 年 2 月 15 日

各  $\left( \begin{array}{c} \text{都 道 府 県} \\ \text{保 健 所 設 置 市} \\ \text{特 別 区} \end{array} \right)$  衛生主管部(局)長 殿

厚生労働省健康局健康課長  
( 公 印 省 略 )

### 新型コロナウイルスワクチンに係る予診票の様式等について

新型コロナウイルスワクチン接種体制確保について、「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施に関する手引きについて」（令和 2 年 12 月 17 日付け厚生労働省健康局長通知）等により、現時点での情報とその具体的な事務取扱等をお示ししているところです。

今般、新型コロナウイルスワクチンに係る予診票の様式等について、令和 2 年度第 19 回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会（令和 3 年 2 月 15 日開催）の議論等を踏まえ、別添のとおりとなったので、内容を御了知の上、管内市町村へ周知いただくとともに、その印刷等に遺漏なきようお願いいたします。

なお、予診票の様式、情報提供資材等については、厚労省ホームページからダウンロードすることができます。

([https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine\\_yoshinhyouetc.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine_yoshinhyouetc.html))

# 新型コロナワクチン接種の予診票

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

※左隅に合わせ、点線に沿ってまっすぐに  
貼り付けてください

(クーポン貼付)

|               |                                                                                                                                                                                                      |                                                                   |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 住民票に記載されている住所 | 都 道 市 区 府 県 町 村                                                                                                                                                                                      |                                                                   |
|               |                                                                                                                                                                                                      |                                                                   |
| フリガナ          |                                                                                                                                                                                                      |                                                                   |
| 氏 名           | 電話番号                                                                                                                                                                                                 | (       )<br>—                                                    |
| 生年月日<br>(西暦)  | <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> 年 <div> <div></div> <div></div> </div> 月 <div> <div></div> <div></div> </div> 日生 (満 <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> 歳) | <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女            |
| 診察前の体温        |                                                                                                                                                                                                      | <div> <div></div> <div></div> </div> 度 <div> <div></div> </div> 分 |

| 質問事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 回答欄                         |                              | 医師記入欄 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------|
| 新型コロナワクチンの接種を初めて受けますか。<br>(接種を受けたことがある場合 1回目: 月 日、2回目: 月 日)                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |       |
| 現時点で住民票のある市町村と、クーポン券に記載されている市町村は同じですか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <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 |       |
| 接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。<br><input type="checkbox"/> 医療従事者等 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60～64歳 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等の従事者<br><input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する(病名: )                                                                                                                                          | <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。<br>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<br><input type="checkbox"/> その他( )<br>治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬( ) <input type="checkbox"/> その他( ) | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <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 |       |
| 今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |       |
| けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <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。<br>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。<br>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 |
|       | 本人に対して、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。<br><input type="checkbox"/> 被接種者は6歳未満である（該当する場合は塗りつぶしてください） |            |

# 新型コロナウイルスワクチン接種希望書

医師の診察・説明を受け、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、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、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。

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、成年被後見人の場合は本人又は成年後見人自署)

|       |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 医師記入欄 | 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・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|       | シール貼付位置                                                      | <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin-right: 5px;"></div> <div style="font-size: 24px; margin: 0 5px;">.</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin-left: 5px;">ml</div> </div> | 実施場所           | 医療機関等コード                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|       | <p>※枠に合わせて<u>まっすぐ</u>に貼り付けてください</p> <p>(注)有効期限が切れていないか確認</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 医師名            | <p>接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 5px;">2</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 5px;">0</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 5px;">2</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 10px;">年</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 10px;">月</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 10px;">日</div> </div> |

## 新型コロナウイルスワクチン接種について

本ワクチンの接種は国と地方自治体による新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）ワクチン接種事業の一環として行われます。本ワクチンの接種は公費対象となり、希望者は無料で接種可能です。なお、本ワクチンは 16 歳以上の方が対象です。

## ワクチンの効果と投与方法

今回接種するワクチンはファイザー社製のワクチンです。新型コロナウイルス感染症の発症を予防します。

ワクチンを受けた人が受けていない人よりも、新型コロナウイルス感染症を発症した人が少ないということが分かっています。（発症予防効果は約 95%と報告されています。）

|         |                                            |
|---------|--------------------------------------------|
| 販売名     | コミナティ <sup>®</sup> 筋注                      |
| 効能・効果   | SARS-CoV-2 による感染症の予防                       |
| 接種回数・間隔 | 2 回（通常、3 週間の間隔） ※筋肉内に接種                    |
| 接種対象    | 16 歳以上（16 歳未満の人に対する有効性・安全性はまだ明らかになっていません。） |
| 接種量     | 1 回 0.3 mL を合計 2 回                         |

- 1 回目の接種後、通常、3 週間の間隔で 2 回目の接種を受けてください。（接種後 3 週間を超えた場合は、できるだけ速やかに 2 回目の接種を受けてください。）
- 1 回目に本ワクチンを接種した場合は、2 回目も必ず同じワクチン接種を受けてください。
- 本ワクチンの接種で十分な免疫ができるのは、2 回目の接種を受けてから 7 日程度経って以降とされています。現時点では感染予防効果は明らかになっていません。ワクチン接種にかかわらず、適切な感染防止策を行う必要があります。

## 予防接種を受けることができない人

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人（※1）
- 重い急性疾患にかかっている人
- 本ワクチンの成分に対し重度の過敏症（※2）の既往歴のある人
- 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人

（※1）明らかな発熱とは通常 37.5℃ 以上を指します。ただし、37.5℃ を下回る場合も平時の体温を鑑みて発熱と判断される場合はこの限りではありません。

（※2）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。

## 予防接種を受けるに当たり注意が必要な人

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。

- 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
- 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
- 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
- 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
- 過去にけいれんを起こしたことがある人
- 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

（うらへ続く）

妊娠中、又は妊娠している可能性がある人、授乳されている人は、接種前の診察時に必ず医師へ伝えてください。

本剤には、これまでのワクチンでは使用されたことのない添加剤が含まれています。過去に、薬剤で過敏症やアレルギーを起こしたことがある人は、接種前の診察時に必ず医師へ伝えてください。

### 接種を受けた後の注意点

- 本ワクチンの接種を受けた後、15 分以上（過去にアナフィラキシーを含む重いアレルギー症状を起こしたことがある方や、気分が悪くなったり、失神等を起こしたりしたことがある方は 30 分以上）、接種を受けた施設でお待ちいただき、体調に異常を感じた場合には、速やかに医師へ連絡してください。（急に起こる副反応に対応できます。）
- 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、注射した部分はこすらないようにしてください。
- 当日の激しい運動は控えてください。

### 副反応について

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、まれ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ましょう。

### 予防接種健康被害救済制度について

予防接種では健康被害（病気になったり障害が残ったりすること）が起こることがあります。極めてまれではあるものの、なくすことができないことから、救済制度が設けられています。

新型コロナワクチンの予防接種によって健康被害が生じた場合にも、予防接種法に基づく救済（医療費・障害年金等の給付）が受けられます。申請に必要となる手続きなどについては、住民票がある市町村にご相談ください。

### 新型コロナウイルス感染症について

SARS-CoV-2 による感染症が発症すると、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。

### 今回接種する新型コロナウイルスワクチン（ファイザー社製のワクチン）の特徴

本剤はメッセンジャーRNA（mRNA）ワクチンであり、SARS-CoV-2 のスパイクタンパク質（ウイルスがヒトの細胞へ侵入するために必要なタンパク質）の設計図となる mRNA を脂質の膜に包んだ製剤です。本剤接種により mRNA がヒトの細胞内に取り込まれると、この mRNA を基に細胞内でウイルスのスパイクタンパク質が産生され、スパイクタンパク質に対する中和抗体産生及び細胞性免疫応答が誘導されることで、SARS-CoV-2 による感染症の予防ができると考えられています。

本剤には、下記の成分が含まれています。

|      |                                                                                                   |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 有効成分 | ◇ トジナメラン（ヒトの細胞膜に結合する働きを持つスパイクタンパク質の全長体をコードする mRNA）                                                |
| 添加物  | ◇ A L C - 0 3 1 5 : [ ( 4 - ヒドロキシブチル ) アザンジイル ] ビス ( ヘキサン - 6 , 1 - ジイル ) ビス ( 2 - ヘキシルデカン酸エステル ) |
|      | ◇ A L C - 0 1 5 9 : 2 - [ ( ポリエチレングリコール ) - 2000 ] - N , N - ジテトラデシルアセトアミド                        |
|      | ◇ D S P C : 1 , 2 - ジステアロイル - sn - グリセロ - 3 - ホスホコリン                                              |
|      | ◇ コレステロール                                                                                         |
|      | ◇ 塩化カリウム                                                                                          |
|      | ◇ リン酸二水素カリウム                                                                                      |
|      | ◇ 塩化ナトリウム                                                                                         |
|      | ◇ リン酸水素ナトリウム二水和物                                                                                  |
|      | ◇ 精製白糖                                                                                            |

新型コロナワクチンの詳しい情報については、厚生労働省のホームページをご覧ください。

厚労 コロナ ワクチン

検 索

ホームページをご覧になれない場合は、お住まいの市町村等にご相談ください。

