

新型コロナワクチン 問診医の注意点

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。

住民票に記載されている住所	都道府県	市区町村
フリガナ	電話番号	() () () () () ()
氏名	性別	診察前の体温
生年月日(西暦)	年 月 日 生(満 歳)	度 分
特に確認が必要な内容	回答欄	医師記入欄
1. 体温 37.5 度未満で体調に問題ないか？	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
2. ワクチン接種に影響し得る既往がないか？ (妊娠含む)	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
3. アナフィラキシーの既往がないか？	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
4. 注射後の気分不良(迷走神経反射)ないか？	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
5. 接種に関する質問はないか？	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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()	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
2週間以内に予防接種を受けましたか。種類() 受けた日()	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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	
医師記入欄 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。 <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。(<input type="checkbox"/> 接種を希望します ・ <input type="checkbox"/> 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市町村に提出されることに同意します。		被接種者又は保護者自署 年 月 日 (※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も記載) (※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被接種者の場合は本人又は成年後見人自署)
0.3mL	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。
ml	医師名	医療機関等コード
※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日	
(注)有効期限が切れていないか確認	2022年 月 日	

フリガナと電話番号の記載漏れをチェック

特に確認が必要な内容

1. 体温 37.5 度未満で体調に問題ないか？
2. ワクチン接種に影響し得る既往がないか？
(妊娠含む)
3. アナフィラキシーの既往がないか？
4. 注射後の気分不良(迷走神経反射)ないか？
5. 接種に関する質問はないか？



- ・ 上記のオレンジの枠内を記載
- ・ 接種後は原則 15 分経過観察 (アナフィラキシー・迷走神経反射の既往があれば 30 分)
- ・ 3 週間後に 2 回目の接種 (予定がつかない場合は、それ以降の日程でできるだけ早く)
- ・ 接種禁忌は発熱者・体調不良者、含有成分にアナフィラキシーの既往がある者のみ
- ・ 原則、同時接種は不可、他のワクチンとは前後 2 週間の接種間隔をあける
- ・ アナフィラキシーの診断時には、事前の取り決めに従いエピネフリン筋注+救急搬送
- ・ 迷走神経反射は、事前の取り決めに従い、予防接種診療に影響しない場所でモニタリング
- ・ 運営統括への連絡先は XXX
- ・ 予防接種後有害事象の記録は XXX

よくある質問については、予防接種支援センターHP の FAQs を参照(QR コード)

ハイライト部分は接種会場等の実情に合わせて修正