

【鏡石町】 新型コロナウイルス感染症予防接種予診票（1回のみ）

※次に当てはまる人は、□にチェックを入れてください。

☐ 生活保護世帯

☐ 60歳～64歳で一定の障がい有する人

診察前の体温

度 分

住 所	鏡石町			電話（ ）	—
ふりがな		☐ 男 ☐ 女	生年月日	☐ 大正 ☐ 昭和	年 月 日 満 歳
氏 名					

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日の予防接種について「新型コロナウイルス感染症予防接種説明書」を読み、効果や副反応について理解しましたか。	はい	いいえ	
今日、ふだんと比べて体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いてください（ ）	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。	はい	いいえ	
①その時に具合が悪くなったことはありますか。	はい	いいえ	
②新型コロナウイルス感染症以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
予防接種の種類（ ）			
現在、何か病気にかかっていますか。病名（ ）	はい	いいえ	
①治療（投薬など）を受けていますか。	はい	いいえ	
②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	
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。	はい	いいえ	
病名（ ） いつ頃（ ） 月 日			
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。	はい	いいえ	
病名（ ）			
医師の診察を受けた場合、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	
最近1か月以内に予防接種を受けましたか。	はい	いいえ	
予防接種の種類（ ） 接種日（ ） 月 日			
薬や食品で発しんやじんましんが出たり、具合が悪くなったりしたことがありますか。	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。（ ） 歳頃	はい	いいえ	
その時に熱が出ましたか。	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	

【新型コロナウイルス感染症予防接種希望書】（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、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性等について理解した上で、上記のワクチンの接種を（希望します ・ 希望しません）※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。

この予診票は、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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

令和 年 月 日

本人の自署

**本人が自署できない場合は、原則として
家族が本人の氏名を代筆してください。**

代筆者氏名

（続柄 ）

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・目的、副反応並びに 予防接種健康被害救済制度について説明した。 理由（ ）
医師署名又は記名押印	

使用ワクチン名		接種部位・量	実施場所・医師名・接種年月日			
ワクチン名		（筋肉内接種） 右 ・ 左 ml	医療機関名			
Lot No.			医 師 名			
有効期限			接種年月日	令和 年 月 日	時 分	

新型コロナウイルス感染症予防接種説明書

1. 実施期間・接種料金・接種回数

- (1) 実施期間：令和7年10月1日（水）～令和7年12月30日（火）
- (2) 接種料金：4,600円（生活保護世帯の人は無料）
- (3) 接種回数：実施期間中に1人1回（2回目以降の接種料金は全額自己負担となります）

※予防接種を受けるときは、マイナ保険証や自動車運転免許証等、本人確認ができるものを医療機関へお持ちください。

2. 新型コロナウイルス感染症とは？

新型コロナウイルス感染症は、「新型コロナウイルス」の感染を受けてから発熱や咳など風邪によく似た症状がみられます。

高齢者や呼吸器・循環器・腎臓に慢性疾患を持つ人が新型コロナウイルス感染症にかかると、肺炎を伴うなど重症化することがあります。

3. 新型コロナウイルス感染症予防接種の効果

新型コロナウイルス感染症予防接種を受けることで、新型コロナウイルス感染症の発症そのものを完全に防ぐことはできませんが、重症化を予防する効果があるとされています。

今回接種を行った場合は、医療機関から発行される「接種済証」を大切に保管してください。

4. 接種対象者

- (1) 新型コロナウイルス感染症予防接種を希望する65歳以上の人（年齢は接種日当日の満年齢）
 - (2) 60～64歳の人で、心臓・じん臓・呼吸器などに重い障がいや有する身体障害者手帳内部疾患1級を所持している方または同程度の障がいがあり、医師の診察により確認できる人
- ※本予防接種は、B類疾病の予防接種であり、接種を受ける法律上の義務はありません。自らの意思と責任で接種を希望する人のみに接種を行うものです。対象者の意思確認が困難な場合は、家族またはかかりつけ医の協力により、対象者本人の意思確認をすることが認められていますが、対象者の意思確認ができない場合は、予防接種法に基づいた接種となりません。接種を希望する人は、予防効果や副反応などについて、十分に理解したうえで、医師と相談し接種してください。

5. 予防接種を受けることができない人

- ① 接種当日、明らかに発熱している人（通常、体温が37.5℃以上の場合）
- ② 重篤な急性疾患にかかっている人
急性で重症な病気で薬を飲む必要のある人は、その後の病気の変化がわからなくなる可能性があるため、その日は接種を受けないのが原則です。
- ③ 予防接種液に含まれる成分で、アナフィラキシーを起こしたことが明らかな人
「アナフィラキシー」とは、通常接種後約30分以内に起こるひどいアレルギー反応のことです。発汗、顔が急にはれる、全身にひどいじんましんが出る、吐き気、嘔吐、声が出にくい、息が苦しいなどの症状に続き、血圧が下がっていく激しい全身反応です。
- ④ その他、医師が不適当な状態と判断した人

《 裏面もよくお読みください 》

6. 予防接種を受けるときに、医師と相談しなければならない人

- ① 今までに免疫不全の診断がされている人及び近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
- ② 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気や発育障害などの基礎疾患がある人
- ③ 新型コロナウイルス感染症の予防接種後2日以内に、発熱・全身性発疹等のアレルギーを疑う病状が見られた人
- ④ 今までにけいれんを起こしたことがある人
- ⑤ 予防接種液の成分に対して、アレルギーがあるといわれたことのある人
- ⑥ 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（接種後の出血に注意が必要）

7. 予防接種を受けた後の一般的注意事項

- ① 予防接種を受けたあと30分間程度は、急な副反応が起こることがあります。医療機関（施設）で様子を観察するか、医師とすぐ連絡を取れるようにしておきましょう。
- ② 入浴は差し支えありませんが、注射した部位を強くこすることはやめましょう。
- ③ 接種当日は、激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。

8. 接種後の副反応

新型コロナウイルスワクチンの主な副反応として、接種後に注射した部分の痛み、疲労、頭痛、筋肉や関節の痛み、寒気、下痢、発熱等がみられることがありますが、ほとんどが接種後数日以内に回復しています。

非常にまれですが、アナフィラキシー（じんましん、呼吸困難など）が現れることが報告されています。また、頻度としてごくまれに心筋炎や心膜炎を疑う事例が報告されており、典型的な症状としては、ワクチン接種後4日程度の間に、胸の痛みや息切れが出ることが想定されます。こうした症状が現れた場合は速やかに医療機関を受診することをお勧めします。

予防接種と同時期に他の病気が偶然重なって現れることもありますので、予防接種を受けた後、接種した部位が痛みや熱をもってひどく腫れたり、全身のじんましん、嘔吐、顔色の悪さ、低血圧、高熱などの症状が現れたりした場合は、医師の診察を受けてください。

9. 予防接種健康被害救済制度

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、生活に支障が出るような障がいが残ったりするなどの健康被害が生じた場合には、予防接種法に基づく給付を受けることができます。給付の条件を満たした場合は、健康被害の程度等に応じて、医療費、医療手当、障害児養育年金、障害年金、死亡一時金、葬祭料が支給されます。

詳しくは、お住まいの市町村担当課へお問い合わせください。

須賀川市：健康づくり課	(88) 8122
鏡石町：健康環境課（健康福祉センター「ほがらかん」内）	(62) 2115
天栄村：健康福祉課（へるすぴあ内）	(82) 3800

【新型コロナウイルス感染症予防接種済証】

氏 名	
生年月日	・大正 年 月 日 ・昭和
接種年月日	令和 年 月 日
メーカー ・ロットNo.	
医 療 機 関	

※氏名と生年月日を記入し、接種した記録として失くさないように大切に保管しましょう。

【新型コロナウイルス感染症予防接種済証】

氏 名	
生年月日	・大正 年 月 日 ・昭和
接種年月日	令和 年 月 日
メーカー ・ロットNo.	
医 療 機 関	

※氏名と生年月日を記入し、接種した記録として失くさないように大切に保管しましょう。

【新型コロナウイルス感染症予防接種済証】

氏 名	
生年月日	・大正 年 月 日 ・昭和
接種年月日	令和 年 月 日
メーカー ・ロットNo.	
医 療 機 関	

※氏名と生年月日を記入し、接種した記録として失くさないように大切に保管しましょう。

【新型コロナウイルス感染症予防接種済証】

氏 名	
生年月日	・大正 年 月 日 ・昭和
接種年月日	令和 年 月 日
メーカー ・ロットNo.	
医 療 機 関	

※氏名と生年月日を記入し、接種した記録として失くさないように大切に保管しましょう。