

コロナ

任意

| | | | | | |
|------------------------|--|--|--|-------------------------------------|---|
| 住 所 | <input type="checkbox"/> 町田市 <input type="checkbox"/> それ以外 | ※必ず来院前に計測し、ご記入ください | | | |
| 電話番号 | - - | | | | |
| ふりがな | | | | | |
| 接種者氏名 | | | | | |
| (保護者の署名) ※接種者が15歳以下 | | | | | |
| 希望の ワクチン | <input type="checkbox"/> 12歳以上 ファイザー | <input type="checkbox"/> 生後6か月以上 モデルナ | <input type="checkbox"/> 12歳以上 第一三共 | <input type="checkbox"/> 6歳以上 武田 | <input type="checkbox"/> 18歳以上 Meiji Seika ファルマ |

【予防接種を受けることができない人】

- ① 発熱（37.5℃以上）のある人・体調の悪い方
- ② 重い急性疾患にかかっている人
- ③ 本ワクチンの成分に対し重度の過敏症の既往歴のある人・アレルギーが起こる恐れがある人
- ④ 上記以外で予防接種をうけることが不適当な状態にある人
- ⑤ 今回接種を希望されるワクチンの下記 接種期間が経過していない人

<接種期間>

- ① 前回のSARS-CoV-2ワクチンから少なくとも3か月経過した後
- ② SARS-CoV-2ワクチンの接種歴がない者（初回免疫）は、2回目接種を4週間（武田は3週間）の間隔をあけて同じワクチンを接種する。（※武田ヌバキソビッドは3回目不可）

| | |
|---------------------------------|--|
| 最近1か月以内に何か病気にかかりましたか | <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や体調に異常がでたことがありますか | <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 | <input type="checkbox"/> はい • <input type="checkbox"/> いいえ |
| 上記・裏面の注意事項をすべて確認した上で、接種を希望しますか | <input type="checkbox"/> はい |

| 実施場所・医師名 | 使用ワクチン名 | 用法・容量 |
|-------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|
| 実施場所：玉川学園前整形外科リウマチ科 医師の署名： | 新型コロナワクチン (LOT NO.) | 筋注 0.3ml <input type="checkbox"/> |

接種前に必ず
ご確認ください

＜ワクチンの効果と副反応＞

本ワクチンは接種された方の新型コロナウイルス感染症を予防するワクチンです

本ワクチン接種に伴い、次のような副反応があらわれることがあります

- ・ショック、アナフィラキシー(冷汗、顔面蒼白、動悸、全身のかゆみ、めまい、喉のかゆみ、手足が冷たくなる)
- ・血管迷走神経反射(立ちくらみ、血の気がひく、失神)
- ・心筋炎、心膜炎(胸の痛み、動悸、むくみ、息切れ、浅くて速い呼吸)
- ・注射部位の痛み、腫れ、発赤、紅斑、注射した同じ腕側のリンパ節の痛み・圧痛・腫れ
- ・全身症状(発熱、頭痛、疲労、筋肉痛、関節痛、吐き気、嘔吐、悪寒)

これら以外の症状が副反応としてあった場合は医師にご相談ください。

＜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、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°C以上を指します。

ただし、37.5°C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
- 腎機能障害、肝機能障害のある人
- 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

＜予防接種を受けた後の注意＞

- 接種後は、15分程度、施設内で様子をみてください
- 副反応の発現に注意をして、異常な症状がでたら速やかに医師の診察をうけてください
- 注射した部位は清潔に保ってください
- 接種当日に入浴することは問題ありませんが、注射した部位を強くこすらないでください
- 接種当日の激しい運動や過度の飲酒等は控えてください

＜医薬品副作用被害救済制度＞

独立行政法人医薬品医療機器総合機構法 健康被害救済部 救済制度相談窓口

電話:0120-149-931(フリーダイヤル) <https://www.pmda.go.jp>