

知るほど、なるほど、

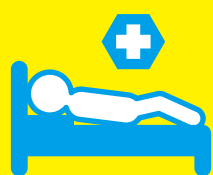
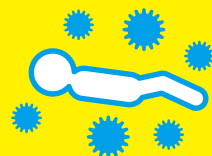
# 新型コロナワクチン

みなさんに接種を受けていただく「新型コロナワクチン」について

なるほど

# 1

たとえウイルスに感染しても  
発症や重症化を防げる



なるほど

# 2

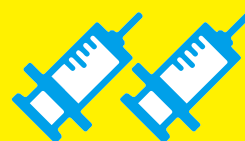
入院患者の減少につながり  
病床のひっ迫を防げる

なるほど

# 3

その有効性は実に 95%  
2回接種により効果がアップ

ファイザー社製のワクチン、海外6カ国の臨床試験結果より



なるほど

# 4

アナフィラキシーのリスクは  
1,000,000人に5人

米国での報告

なるほど

# 5

万一の副反応に備え  
医療従事者が15~30分見守り

健康な方は15分程度、過去にアナフィラキシーを起こしたことのある方は30分程度



もっと聞きたい!知りたい!という方の窓口もご用意しています!

接種における  
総合窓口

神戸市 新型コロナワクチン 接種コールセンター

# 078-277-3320

月~金 8時30分~20時00分  
土日祝 8時30分~17時30分

医学的な  
専門的な  
相談

兵庫県 新型コロナワクチン 専門相談窓口

# 078-361-1779

9時00分~17時30分 (土日祝も実施)

ワクチン  
施策への  
質問

厚生労働省 新型コロナワクチン コールセンター

# 0120-76-1770

9時00分~21時30分 (土日祝も実施)

# 予診票の記入例

## 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	兵庫 都 道 神戸 (市) 区 村	
フリガナ	コウベ タロウ	
氏名	神戸 太郎	電話番号 (078) 123 - 4567
生年月日 (西暦)	1950年10月10日生 (満70歳)	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女 診察前の体温 36度2分

(医療機関処理欄)  
 ※左隅に合わせてまっすぐ貼り付けてください  
 (クーポン貼付)  
**接種当日の朝に測定して記入してください。**

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。 (接種を受けたことがある場合 1回目: 月 日、2回目: 月 日)	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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。 <input type="checkbox"/> 医療従事者等 <input checked="" 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 <input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する(病名: )	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> その他(糖尿病) 治療内容: <input checked="" type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬(ワーファリン) <input type="checkbox"/> その他( )	<input checked="" 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 checked="" 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(かぜ、10日前に37℃発熱・咳)	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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(ソバ 1年前)	<input checked="" 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(インフルエンザ) 症状(接種後3日目に38℃発熱)	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ	

同封の説明書を読んでください。

事前に接種について、医師に確認してください。

2週間以上経ってから受けましょう。

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 ) 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)	医師署名又は記名押印
-------	--	------------

当日記入していただきますので事前の記入は不要です。

**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。(  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 **神戸 太郎**

(※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
	シール貼付位置 ※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	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> ml	実施場所 医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日 2020年 月 日