

予診票は分かる範囲で
事前にご記入ください。

予診票の記入例

新型コロナワクチン接種の予診票 (1・2回目用)

※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	兵庫県神戸市			必ず保護者の方と連絡のつく電話番号を記載してください。
フリガナ	中央区加納町6-5-1	貼り付けてください		接種当日の朝に測定して記入してください。
氏名	コウベ タロウ 神戸 太郎	電話番号	(078) 123 - 4567	
生年月日(西暦)	2011年10月10日生(満10歳)		<input checked="" type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	診察前の体温 36度2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受けたことがありますか。 接種日(1回目: 年 月 日、2回目: 年 月 日) 接種を受けたワクチン()	<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、接種券又は右上の請求先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	
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 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 type="checkbox"/> 毛細血管漏出症候群 <input checked="" type="checkbox"/> その他(慢性の呼吸器の病気です通院中) 治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他()	<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	2週間以上経ってから受けましょう。
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	

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。	医師署名又は記名押印
-------	---	------------

医療機関記入欄	<input type="checkbox"/> 時間外(受付時間 :) <input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> 小児(6歳未満) <input type="checkbox"/> 予備① <input type="checkbox"/> 予備② <small>※該当する項目について、マークの形からはみ出さないように濃く塗りつぶしてください。</small>
---------	---

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。		被接種者又は保護者自署 神戸 一郎 <small>(※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、成年被後見人場合は本人又は成年被後見人自署)</small>
---	--	--

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
	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	ml	実施場所 医師名 接種年月日 202

保護者の方の署名(自署)が必要です(署名がなければ予防接種は受けられません。)
保護者の方は『新型コロナワクチン予防接種についての説明書』をよくご確認ください。

基礎疾患のあるお子様の保護者の方へ

以下をお読みいただき、保護者の方とお子様の健康状態を把握されている、かかりつけ医とご相談のうえ、早め(できれば3月中旬まで)の予約をおすすめします。

新型コロナウイルスワクチン～小児への接種に対する考え方～

公益社団法人 日本小児科学会

国内外で複数の新型コロナウイルスワクチンの臨床試験が実施されているが、18-55歳を対象としている臨床試験が多く、12歳以上が対象となっているワクチンが一部存在するのみである。また、小児は感染しても軽症あるいは無症状のことが多いため、接種の優先順位の上位に来ることは想定されていない。しかしながら、感染者数が増加するに伴って、小児の感染者数も増加してくることが予想され、基礎疾患を有する小児においては、重症化の可能性がある。

小児に対する新型コロナウイルスワクチンの有効性、安全性に関するエビデンスがないことから、小児への接種は慎重に考える必要があるが、小児の重症者の発生動向を把握するとともに、リスク因子を明らかにしておくことは重要である。また、重症化が予想される基礎疾患を有する小児への接種ならびに基礎疾患を有する小児と関わりが多い職種あるいはその家族への接種の必要性については、あらかじめ検討しておく必要がある。

2009年の新型インフルエンザのパンデミックの際に、「新型インフルエンザワクチンの優先接種の対象とする基礎疾患の基準 手引き」がまとめられ、小児は、「9. 小児科領域の慢性疾患」として、下記のように最優先対象基準が定められている。

□ 以下の疾患及びそれらに準ずると医師が判断する疾患を有する児又は者

- ① 慢性呼吸器疾患(気管支喘息児、慢性呼吸器疾患)
- ② 慢性心疾患
- ③ 慢性腎疾患(慢性腎疾患、末期腎不全患者、腎移植患者)
- ④ 神経・筋疾患(脳性麻痺、重症心身障害児・者、染色体異常症、難治性てんかん)
- ⑤ 血液疾患
- ⑥ 糖尿病・代謝性疾患(アミノ酸・尿素サイクル異常・有機酸代謝異常・脂肪酸代謝異常)
- ⑦ 悪性腫瘍(小児がんなど)
- ⑧ 関節リウマチ・膠原病(自己免疫疾患・リウマチ性疾患)
- ⑨ 内分泌疾患(下垂体機能不全など)
- ⑩ 消化器疾患・肝疾患(潰瘍性大腸炎・クローン病・胆道閉鎖症葛西術後・肝移植術後など)
- ⑪ HIV 感染症・その他の疾患や治療に伴う免疫抑制状態(免疫抑制状態にある児)
- ⑫ その他の小児疾患(1歳以上の長期入院児、重症感染症後のフォローアップ中の患児)

(注)一部成人を含む。