任意接種用

# 新型コロナワクチン(ダイチロナ筋注)の接種をご希望の方へ

**新型コロナワクチン(ダイチロナ筋注)の接種を実施するにあたり、接種を受けられる方の健康状態を把握する必要があります。そのため、裏面の予診票にできるだけ詳しくご記入の上、医師の診察をお受けください。なお、お子さまの場合、健康状態をよく把握している保護者の方がご記入ください。**

## ワクチンの効果と副反応

ワクチン接種により、新型コロナウイルスに対する抗体ができ、感染症を予防します。

一方、ワクチン接種に伴う副反応として、注射部位反応(注射部位の痛み、熱感、腫れ、赤み、かゆみ、しこり)がみられます。全身症状として頭痛、筋肉痛、倦怠感、発熱がみられることがあります。また注意が必要な症状としてショック、アナフィラキシー(息苦しさ、じんましん、血管性浮腫など)、心筋炎・心膜炎(胸の痛み、動悸、むくみ、息切れ、浅くて速い呼吸など)、血管迷走神経反射(立ちくらみ、血の気がひく、気を失う(失神する)など)、ギラン・バレー症候群(手足に力がはいらない、しびれ、食べものが飲み込みにくい、呼吸が苦しいなど)などが起こることがあります。接種後に気になる症状があった場合は、直ちに医師に相談してください。

なお、副反応による健康被害が生じた場合の救済については、健康被害を受けた方または家族が独立行政法人 医薬品医療機器総合機構法に基づいて手続きを行うことになります。

詳しくは独立行政法人 医薬品医療機器総合機構のホームページ(https://www.pmda.go.jp/)をご覧ください。

## 予防接種を受けることができない方

1)明らかに発熱している方(通常は37.5℃を超える場合)
2)重い急性疾患にかかっている方
3)本ワクチンに含まれている成分に対し重度の過敏症※があった方
※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、血圧低下など、アナフィラキシーを疑わせる複数の症状
4)その他、医師が予防接種を受けることが不適当と判断した方

## 予防接種を受ける際に医師と相談していただく方

1)血小板減少症または凝固障害のある方、抗凝固療法を受けている方
2)過去に免疫不全の診断を受けた方、近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
3)心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障害などの基礎疾患のある方
4)過去に予防接種を受けて、接種後2日以内に発熱のみられた方および全身性の発疹などのアレルギーが疑われる症状がでた方
5)過去にけいれんを起こしたことがある方
6)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方
7)腎機能障害のある方
8)肝機能障害のある方
9)妊娠中または妊娠の可能性のある方、授乳されている方

## 予防接種を受けた後は以下の点に注意してください

1)本ワクチンの接種後15分以上(過去にアナフィラキシーを含む重いアレルギー症状を起こしたことがある方や、気分が悪くなったり、失神などを起こしたりしたことがある方は30分以上)は、接種を受けた施設でお待ちいただき、体調に異常を感じた場合には、速やかに医師へ連絡してください(急に起こる副反応に対応できます)。
2)接種後に接種部位の異常反応や体調の変化を感じた場合、高熱、けいれんなどの異常な症状があらわれた場合は、速やかに医師の診察を受けてください。
3)注射した部分は清潔に保つようにしてください。接種当日の入浴は問題ありませんが、注射した部分をこすらないようにしてください。また、接種後に体調が悪いときは無理をせず、入浴は控えるなど、様子をみるようにしてください。
4)通常の生活は問題ありませんが、接種当日は激しい運動や過度の飲酒は避けましょう。

| あなたの接種予定日 | 医療機関名 |
|---|---|
| 月　　日(　　)です。<br>当日は受付に　　時　　分頃 おこしください。 | |

第一三共株式会社

任意接種用

# 新型コロナワクチン(ダイチロナ筋注)接種　予診票

*接種希望の方へ：太ワク内にご記入ください。

| 診察前の体温 | 度　　分 |
|---|---|

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 住　　所 | 〒 | | TEL (　　) | － |
| フリガナ | | 男・女 | 生年月日 | 年　月　日生<br>(　歳　か月) |
| 受ける人の氏名 | | | | |
| (保護者の氏名) | | | | |

| 質問事項 | 回答欄 | | 医師記入欄 |
|---|---|---|---|
| 今日受ける予防接種について説明文書を読んで理解しましたか。 | いいえ | はい | |
| これまでに新型コロナワクチンの接種を受けたことがありますか。 | はい<br>(前回の接種日　年　月　日) | いいえ | |
| 今日、体に具合の悪いところがありますか。 | はい<br>具体的に(　) | いいえ | |
| 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。<br>・その場合、治療・投薬(血液をサラサラにする薬など)を受けていますか。<br>・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いわれましたか。 | はい　(病名　)<br>はい(薬剤名　)・いいえ<br>はい　・　いいえ | いいえ | |
| これまでに特別な病気(心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患、血が止まりにくい病気、免疫不全、発育障害、毛細血管漏出症候群)やその他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか。 | はい<br>(病名　) | 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<br>(病名　) | いいえ | |
| これまでにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。 | はい　(　回くらい)<br>(最後は　年　月頃) | いいえ | |
| これまでに薬や食品で皮膚に発疹が出たり、体の具合が悪くなったことはありますか。 | はい<br>(薬、食品名　) | いいえ | |
| 近親者の中で先天性免疫不全症と診断された方はいますか。 | はい | 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がありますか。 | はい(予防接種名　)<br>(症状　) | いいえ | |
| (女性の方に) 現在妊娠しているあるいは妊娠している可能性がありますか。または授乳していますか。 | はい | いいえ | |
| その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや今日の予防接種について質問がありますか。 | はい<br>具体的に(　) | いいえ | |

医師の記入欄：以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は( 可能　・　見合わせる )。
本人(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副反応および医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明した。**また、本剤の接種対象者が5歳以上であることを確認した。**

医師の署名または記名押印 ＿＿＿＿＿＿

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応の可能性などについて理解した上で、接種することを　(　希望します　・　希望しません　)。

(被接種者が自署できない場合、代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載ください。
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または成年後見人が自署してください。)

本人の署名(もしくは保護者の署名) ＿＿＿＿＿＿

代筆者の場合：続柄 ＿＿＿＿＿＿

| 使用ワクチン名 | 用法・用量 | 実施場所・医師名・接種日時 |
|---|---|---|
| 名　　称：ダイチロナ筋注<br>メーカー名：第一三共株式会社<br>製造番号： | 筋肉内接種　□ 左　□ 右<br>□ 0.2mL(5歳以上11歳以下)<br>□ 0.6mL(12歳以上) | 医療機関名：<br>医　師　名：<br>接種日時：　年　月　日　時　分 |

記載いただきました個人情報はワクチン接種に関する予診にのみ使用します。