

ヌバキソビッド筋注(武田)0.5mL 12歳未満

(12歳未満) 新型コロナウイルスワクチン予診票

接種希望の方は**接種当日に太ワク内**をご記入下さい。

※必ずカラーで印刷して下さい。白黒の印刷や書き漏れ間違いがある場合は書き直しになります。

※接種される方がお子さんの場合は、保護者の方がご記入下さい。

		体温		度		分		受付
郵便番号・住所	〒							
ふりがな		男	年		月	日生		
受ける人の氏名		女	(満)		歳)			
(保護者の氏名)		氏()		-				

質問事項(当てはまる項目を○で囲んで下さい)	受付	回答欄	医師
この予診票は 新型コロナウイルスワクチン6歳以上12歳未満の方用の用紙 です。 ご希望のワクチンは武田社製のワクチンで ご年齢は6歳以上12歳未満 の方ですか？		いいえ 別の用紙に書き直します	はい
裏面の予防接種についての説明文を読み同意した上で接種を希望しますか？		いいえ	はい
本日、他の予防接種と同時接種を希望しますか？		はい	いいえ
同時接種を希望する種類は何のワクチンですか？ ワクチン名()		通常診療時間に接種	
新型コロナウイルスワクチンの接種を受けたことがありますか？ 前回接種を受けた新型コロナウイルスワクチンの接種() ※前回ヌバキソビッド注の場合可、追加・2回目は4週間経過で接種可		はい 接種できません。別日に別のワクチンになります	いいえ
「新型コロナウイルスワクチン(ヌバキソビッド)を接種される方へ」を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか？		いいえ 接種出来ません	はい
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: □心臓病 □腎臓病 □肝臓病 □血液疾患 □免疫不全 □血が止まりにくい病気 □毛細血管漏出症候群 □その他() 治療内容: □血をサラサラにする薬() □その他()		はい	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？		はい	いいえ
今日、体に具合が悪い所はありますか？()		はい	いいえ
今までに、けいれん(ひきつけ)を起こした事がありますか？		はい	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)を起こした事がありますか？ 薬・食品など原因になったもの()		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事がありますか？ 予防接種の種類() 症状()		はい	いいえ
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか？ 種類() 受けた日()		はい	いいえ
今日の新型コロナウイルスワクチンについて質問はありますか？		はい	いいえ
その他、健康状態の事、医師に伝えておきたい事があれば、具体的に書いて下さい。			

医師の記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(**実施できる** ・ 見合わせた方がよい)と判断します。

本人又は保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。

医師署名又は記名押印

私はこの予診票の裏面記載の注意点を読み、予防接種の効果・副反応等について理解した上で、接種を希望します。		受付
署名(未成年の方は保護者の方がご署名下さい)		
年 月 日	(続柄)	
※自書が出来ない方は、介護者又は保護者が署名し、接種者との関係を記載してください。		

ワクチンロットシール	ヌバキソビッド筋注(武田薬品)	0.5mL 接種時に必ず名前を聞くこと	0.5mL 右・左 2回目 3W後	実施場所・医師名・実施年月日(実施を見合わせた場合も記入して下さい)
				実施場所 医師名 実施年月日
				医療法人社団げんき会あゆみクリニック 院長 藤川 万規子 年 月 日

新型コロナワクチン(ヌバキソビッド®筋注1mL)の接種を受けられる方へ

この予診票は、任意で接種を希望される方用です。定期接種として接種を受ける場合、あるいは、公的補助等を受けて接種を受ける場合は、お住まいの自治体(市区町村)からの通知をご覧ください。

新型コロナワクチンの予防接種を実施するにあたって、受けられる方の健康状態をよく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ください。お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者が

ご記入ください。なお、新型コロナワクチンについては、

武田薬品のホームページ(https://www.go-beyond-covid-19.jp/patients_inoculation/#)でも紹介しています。

<新型コロナワクチンの効果と副反応>

今回接種するワクチンは組換えタンパクワクチンという種類に分類されます。免疫の活性化を促進する役割を担うアジュバントという物質が添加されています。本ワクチンを接種することにより、組換えスパイクタンパク質がヒトの細胞内に取り込まれると、それに対する抗体ができることで、ウイルスに対する免疫ができます。私たちが持つ体内の異物を攻撃する免疫の仕組みを利用して、新型コロナウィルス感染症の発症を予防します。一方で、新型コロナワクチンには、下記のような副反応が知られています。

1. 主な副反応は、注射した部分の痛み、頭痛、関節や筋肉の痛み、疲労、倦怠感、悪心・嘔吐、発熱等があります。また、まれに起こる重大な副反応として、ショックやアナフィラキシーがあります。接種後に気になる症状を認めた場合は、接種医あるいはかかりつけ医に相談してください。
2. 本ワクチン接種後に心筋炎、心膜炎を発症したという報告があります。胸の痛みや動悸、むくみ、呼吸困難等の症状が現れたら速やかに医療機関を受診してください。

<新型コロナワクチンの予防接種を受けることができない人>

下記に該当す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は、必ず接種前の診察時に医師へ伝えてください。

1. 明らかに発熱している人*1
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*2の既往歴のある人
4. 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℃以上を指します。ただし、37.5℃を下回る場合も平時の体温に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。前回までの接種でこれらの症状があった人は、同一成分を含むワクチンでの追加接種はできません。

<予防接種を受けるにあ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。

1. 血小板減少症又は凝固障害のある人、抗凝固療法を受けている人
2. 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
3. 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
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人及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある人
5. 過去にけいれんを起こしたことがある人
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人

妊娠中又は妊娠している可能性がある人、授乳している人は接種前の診察時に必ず医師へ伝えてください。ただし、かかりつけの産婦人科医に確認していない場合でも、予診医によりワクチン接種が可能と判断された場合は接種が可能です。過去に薬剤で過敏症やアレルギーを起こしたことのある人は、接種前の診察時に必ず医師へ伝えてください。

<予防接種を受けた後の注意点>

1. 本ワクチンの接種を受けた後、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、失神等を起こしたことがある方は30分以上)、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. 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、注射した部分は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時は無理をせず、入浴は控える等、様子を見るようにしてください。
3. 通常の生活は問題ありませんが、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

予防接種法に基づく定期接種以外の予防接種(任意接種)によって健康被害(医薬品を適正に使用したにもかかわらず発生した副作用により入院治療が必要な程度の疾病や障害等の健康被害)が生じた場合は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法による被害救済の対象となります。健康被害の内容、程度等に応じて、薬事審議会(副作用・感染等被害判定部会)での審議を経た後、医療費、医療手当、障害年金等が支給されます。

問い合わせ先は以下のとおりです。

独立行政法人医薬品医療機器総合機構救済制度相談窓口電話: 0120-149-931 (フリーダイヤル) URL : <https://www.pmda.go.jp>

武田は平日のみ接種できます(土日祝不可)