

接種の実務

受付

- ・窓口に来た接種希望者の接種券と予診票を確認し、それぞれに記載された氏名等と、本人確認書類(マイナンバーカード、運転免許証、被保険者証等)の内容を確認し、本人確認を行う。
- ・接種希望者は、原則、住民票所在地の市町村において接種を受けることになる。
 - ※基礎疾患を有する者がかかりつけ医で接種する場合は他市町村でも接種できる。
 - ※近接する複数市町村で一体となって接種体制を構築する場合は、同一市町村とみなす。

予診

- ・接種を行う前に、問診、検温等の診察を行い、予防接種を受けることが適当でない者又は予防接種の判断を行うに際して注意を要する者に該当するか否かを調べる。

接種後

- ・予診票に、接種券のシールと、ワクチン名・ロット番号のシールを貼付する。
- ・予診票の写し(コピー)を医療機関において保管する。
- ・接種が終わった後、アナフィラキシーや血管迷走神経反射等の症状が生じることがあるため、接種後に接種会場において一定期間観察を行う。

【ファイザー社の新型コロナワクチン】

● 対象者

- 12歳以上の方

● 接種回数・接種間隔

- 18日以上の間隔をおいて、標準的には20日の間隔をおいて2回接種
- 1回目の接種から間隔が20日を超えた場合はできるだけ速やかに2回目の接種を実施
- 前後に他の予防接種を行う場合は、原則として13日以上の間隔をおく
- 他の予防接種との同時接種は行わない

● 接種方法

- 1.8ミリリットルの生理食塩液で希釈し、筋肉内に注射する
- 接種量は、毎回0.3ミリリットル
- 通常、三角筋に筋肉内接種。静脈内、皮内、皮下への接種は行わない

【武田／モデルナ社の新型コロナワクチン】

● 対象者

- 12歳以上の方

● 接種回数・接種間隔

- 20日以上の間隔をおいて、標準的には27日の間隔をおいて2回接種
- 1回目の接種から間隔が27日を超えた場合はできるだけ速やかに2回目の接種を実施
- 前後に他の予防接種を行う場合は、原則として13日以上の間隔をおく
- 他の予防接種との同時接種は行わない

● 接種方法

- 筋肉内に注射する
- 接種量は、毎回0.5ミリリットル
- 通常、三角筋に筋肉内接種。静脈内、皮内、皮下への接種は行わない

【アストラゼネカ社の新型コロナワクチン】

● 対象者

- **18歳以上の方、必要がある場合（※）を除き、18歳以上40歳未満へは使用しない**

（※）対象者が他の新型コロナワクチンではなく特にアストラゼネカ社ワクチンの接種を希望する場合
他の新型コロナワクチンの流通停止等、緊急の必要がある場合

● 接種回数・接種間隔

- **27日以上の間隔において、標準的には27日から83日までの間隔において2回接種（最大の効果を得るためには55日以上の間隔において接種）**
- **1回目の接種から間隔が83日を超えた場合はできるだけ速やかに2回目の接種を実施**
- **前後に他の予防接種を行う場合は、原則として13日以上の間隔をおく**
- **他の予防接種との同時接種は行わない**

● 接種方法

- **筋肉内に注射する**
- **接種量は、毎回0.5ミリリットル**
- **通常、三角筋に筋肉内接種。静脈内、皮内、皮下への接種は行わない**

(参考) 予防接種行政における「○日(以上)の間隔をおいて」の意味について

- 予防接種行政における省令や通知等では、複数回接種が必要な場合に、その接種間隔を「○日(以上)の間隔をおいて」と表現している。
- これは「接種日と次の接種日の間に○日の日数をおく」(いわゆる「中○日空ける」)を意味している。

例1:ファイザー社ワクチンを20日の間隔をおいて2回接種とは、

→ **3週間後の同じ曜日に接種**、との意味

日	月	火	水	木	金	土
	1 接種 1回目	2 ①	3 ②	4 ③	5 ④	6 ⑤
7 ⑥	8 ⑦	9 ⑧	10 ⑨	11 ⑩	12 ⑪	13 ⑫
14 ⑬	15 ⑭	16 ⑮	17 ⑯	18 ⑰	19 ⑱	20 ⑲
21 ⑳	22 接種 2回目	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

例2:異なるワクチンを13日以上の間隔をおいて接種とは、

→ **2週間後の同じ曜日以降に接種**、との意味

日	月	火	水	木	金	土
	1 A 予防接種	2 ①	3 ②	4 ③	5 ④	6 ⑤
7 ⑥	8 ⑦	9 ⑧	10 ⑨	11 ⑩	12 ⑪	13 ⑫
14 ⑬	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

(B予防接種は15日以降に接種する)

(参考) アストラゼネカ社の新型コロナワクチンの接種時期のイメージ

- 標準的には27日から83日までの間隔をおいて2回筋肉注射
- 1回目から間隔が83日を超えた場合はできるだけ速やかに2回目を実施
- 最大の効果を得るためには55日以上の間隔をもって接種することが望ましいことに留意すること

例1：アストラゼネカ社ワクチンを27日から83日までの間隔をおいて2回接種とは、

➡ **4週間後の同じ曜日から12週間後の同じ曜日の間に接種、との意味**

9月																														
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	29	28	29	30	
水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	
1回目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	
																													➡	
10月																														
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日
30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
																													(標準的な接種時期) ➡	
11月																														
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	88	89	90	91	
																													(望ましい2回目の接種時期) ➡	
																													(できるだけ速やかに) ➡	

接種不適合者と接種要注意者

接種不適合者

新型コロナウイルス感染症に係る予防接種については、以下の者を接種不適合者（予診の結果これらの者に該当すると認められるときは、接種を行わない）とする。

- ①当該予防接種に相当する予防接種を受けたことのある者で当該予防接種を行う必要がないと認められるもの
- ②明らかな発熱を呈している者
- ③重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな者
- ④当該疾病に係る予防接種の接種液の成分によってアナフィラキシーを呈したことがあることが明らかな者
- ⑤新型コロナウイルス感染症に係る予防接種を受けた後に血栓症（血栓塞栓症を含む。）（血小板減少症を伴うものに限る。）を発症したことがある者及び毛細血管漏出症候群の既往歴のあることが明らかな者
- ⑥上記に該当する者のほか、予防接種を行うことが不適当な状態にある者

接種要注意者

【接種要注意者】（接種の判断を行うに際して注意を要する者）

- 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障害等の基礎疾患を有する者
- 予防接種で接種後2日以内に発熱のみられた者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者
- 過去にけいれんの既往のある者
- 過去に免疫不全の診断がされている者及び近親者に先天性免疫不全症の者がいる者
- 接種しようとする接種液の成分に対してアレルギーを呈するおそれのある者
- バイアルのゴム栓に乾燥天然ゴム（ラテックス）が含まれている製剤を使用する際の、ラテックス過敏症のある者（ファイザー社ワクチンはラテックスを使用していない）

※「基礎疾患を有する者」に関し、抗凝固療法を受けている者、血小板減少症又は凝固障害を有する者については、接種後に出血又は挫傷があらわれることがあり、接種要注意者に該当することに留意。

その他の注意事項

接種の判断

- 基礎疾患を有する者等については十分な予診を行い、**基礎疾患の状況が悪化している場合や全身状態が悪い者等**については、接種の延期を含め、特に慎重に予防接種の適否を判断する必要があること。

接種後の観察

- 接種後にアナフィラキシーを呈することがあるため、**接種後少なくとも15分間は被接種者の状態を観察**する必要があること。また、過去にアナフィラキシーを含む**重いアレルギー症状を引き起こしたことがある者については、接種後30分程度、状態の観察**をする必要があること。
- 接種後に血管迷走神経反射として失神があらわれることがあるため、**過去に採血等で気分が悪くなったり、失神等を起こしたことがある者については、接種後30分程度、**体重を預けられるような場所で座らせるなどした上で、なるべく立ち上がらないように指導し、被接種者の状態を観察する必要があること。なお、予診の結果等から血管迷走神経反射による失神が生じる可能性が高いと考えられる者については、ベッド等に横たわらせて接種するといった予防策も考えられること。

予診票

新型コロナワクチン接種の予診票

※大枠にご記入またはチェック印を入れてください。

住居に 記載されて いる住所	都 道 府 県	市 区 町 村
フリガナ	()	()
氏 名		
生年月日 (西暦)	年 月 日 生 (満 歳)	男・女 診察前の体温 度 分

※ワクチン接種後に医療機関において
貼り付けてください
※左側に合わせ、点線に沿ってまっすぐに
貼り付けてください
(クーポン貼付)

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 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 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 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。 □医療従事者等 □65歳以上 □60~64歳 □高齢者施設等の従事者 □基礎疾患を有する(病名:)	<input 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: □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 □その他()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
治療内容: □血をサラサラにする薬() □その他()		
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()	<input 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 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 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()	<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。 種類() 症状()	<input 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 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 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 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(可能・ 見合わせる) 医師署名又は記名押印
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。
 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)

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 保護者自筆
(※未成年の場合は保護者自筆、成年被接種者の場合は本人又は成年被接種者自筆)

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	※医療機関コード・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。
シール貼付位置		実施場所	医療機関等コード
※枠に合わせてまっすぐに 貼り付けてください		医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
(注)有効期限が切れていない確認			2022年 月 日

新型コロナワクチン接種の予診票

※大枠にご記入またはチェック印を入れてください。

住居に 記載されて いる住所	都 道 府 県	市 区 町 村
フリガナ	()	()
氏 名		
生年月日 (西暦)	年 月 日 生 (満 歳)	男・女 診察前の体温 度 分

※ワクチン接種後に医療機関において
貼り付けてください
※左側に合わせ、点線に沿ってまっすぐに
貼り付けてください
(クーポン貼付)

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 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 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 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。 □医療従事者等 □65歳以上 □60~64歳 □高齢者施設等の従事者 □基礎疾患を有する(病名:)	<input 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: □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 □その他()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
治療内容: □血をサラサラにする薬() □その他()		
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()	<input 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 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 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()	<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。 種類() 症状()	<input 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 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 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 type="checkbox"/> いいえ	

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 保護者自筆
(※未成年の場合は保護者自筆、成年被接種者の場合は本人又は成年被接種者自筆)

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	※医療機関コード・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。
シール貼付位置		実施場所	医療機関等コード
※枠に合わせてまっすぐに 貼り付けてください		医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
(注)有効期限が切れていない確認			2022年 月 日

成人用参考様式

※現時点では対象者ではない小児に関する項目などを削除した参考様式です。

新型コロナワクチン接種の予診票(アストラゼナカ用)

※ファイザー社または武田/モデルナ社のワクチンでも使用できます。
※大枠にご記入またはチェック印を入れてください。

住居に 記載されて いる住所	都 道 府 県	市 区 町 村
フリガナ	()	()
氏 名		
生年月日 (西暦)	年 月 日 生 (満 歳)	男・女 診察前の体温 度 分

※ワクチン接種後に医療機関において
貼り付けてください
※左側に合わせ、点線に沿ってまっすぐに
貼り付けてください
(クーポン貼付)

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 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 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 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。 □医療従事者等 □65歳以上 □60~64歳 □高齢者施設等の従事者 □基礎疾患を有する(病名:)	<input 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: □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 □毛細血管漏出症候群 □その他()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
治療内容: □血をサラサラにする薬() □その他()		
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()	<input 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 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 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()	<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。 種類() 症状()	<input 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 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 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 type="checkbox"/> いいえ	

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 保護者自筆
(※未成年の場合は保護者自筆、成年被接種者の場合は本人又は成年被接種者自筆)

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	※医療機関コード・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。
シール貼付位置		実施場所	医療機関等コード
※枠に合わせてまっすぐに 貼り付けてください		医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
(注)有効期限が切れていない確認			2022年 月 日

アストラゼナカ社ワクチン用

アストラゼナカ社ワクチンは、接種不適当者に「毛細血管漏出症候群の既往歴がある者」が含まれるため、必ず専用予診票を用いてください。

予診票などの多言語対応

予診票、説明書、接種のお知らせ（例）については、17言語に翻訳したものを公表している。

翻訳言語

○予診票、説明書、接種のお知らせ（例）を以下の言語に翻訳したものを厚生労働省ホームページに掲載している。

- 英語 (English)
- アラビア語 (Arabic)
- 中国語 (簡体字) (Simplified Chinese)
- 中国語 (繁体字) (Traditional Chinese)
- フランス語 (French)
- インドネシア語 (Indonesian)
- クメール語<カンボジア> (Khmer)
- 韓国語 (Korean)
- モンゴル語 (Mongolian)
- ミャンマー語 (Myanmar)
- ネパール語 (Nepali)
- ポルトガル語 (Portuguese)
- ロシア語 (Russian)
- スペイン語 (Spanish)
- タガログ語<フィリピン> (Tagalog)
- タイ語 (Thai)
- ベトナム語 (Vietnamese)

厚生労働省HP
「外国語の新型コロナワクチンの予診票等」



https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine_tagengo.html

予診票（翻訳）の使い方

○翻訳された予診票を見ながら**日本語の予診票に記入**してください。

日本語

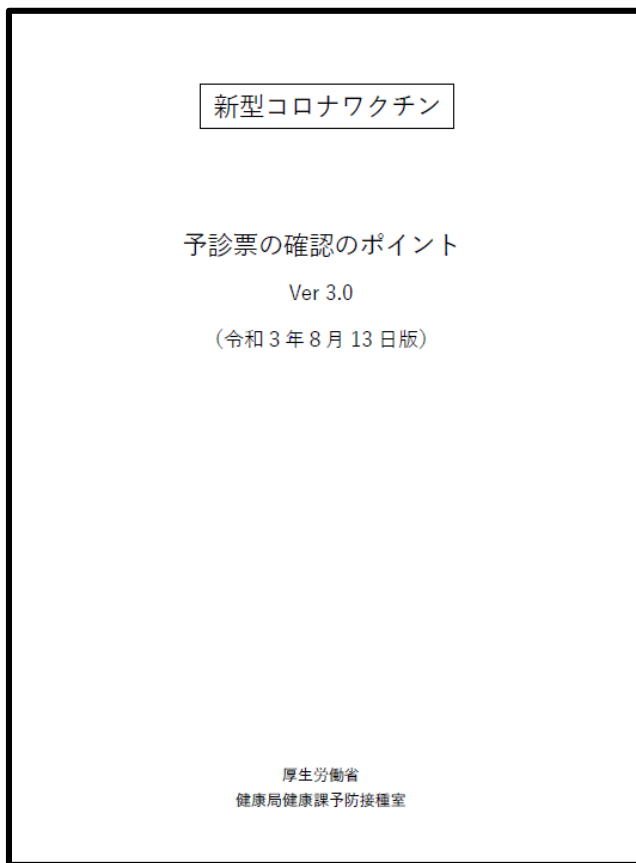


翻訳



予診における留意点についての分かりやすい資料の提供

現場で予診を行う医師や、予診票の確認等に従事する職員等に予診時に参考にしていただけるよう、自治体向けに「新型コロナワクチン 予診票の確認のポイント」を公表している。



(令和3年8月13日付け事務連絡より)

目次	
1	新型コロナワクチンの接種を初めて受けますか。・・・・・・・・・・・・・・・・・・2
2	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。・・・・・・2
3	「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。・・・・・・3
4	接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。・・・・・・・・・・・・・・・・・・3
5	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。・・・・・・・・・・3
6	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。・・・・・・4
7	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。・・・・・・・・・・4
8	今日、体に具合が悪いところがありますか。・・・・・・・・・・・・・・・・・・4
9	けいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか。・・・・・・・・・・・・・・・・・・5
10	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。・・・・5
11	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。・・・・・・・・・・6
12	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。・・・・7
13	2週間以内に予防接種を受けましたか。・・・・・・・・・・・・・・・・・・7
14	今日の予防接種について質問がありますか。・・・・・・・・・・・・・・・・・・7
・	予診票の取り扱いに関するその他の事項・・・・・・・・・・・・・・・・・・8

※1～4、13は事務職員等が確認可能です。その他の項目も、記入の有無などの確認を事務職員等が行うことができます。

5～12、14は、最終的に医師が確認した上で接種を判断する必要があります。こうした項目の記載内容を、医師以外の医療従事者が予め確認することで、医師の予診の時間が短縮されると考えられます。

※旧様式の予診票には、6「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。」がありますが、新様式からは削除されました（令和3年5月28日付事務連絡「新型コロナワクチンに係る予診票の様式変更について」）。旧様式を使用した場合の当該設問欄の取り扱いについては、p.3にお示ししています。

※アストラゼネカ社のワクチン接種の際には、「新型コロナワクチン接種の予診票（アストラゼネカ用）」であることを確認してください。

「新型コロナワクチン 予診票の確認のポイント Ver3.0（令和3年8月13日版）」では、ファイザー社のワクチンと、武田/モデルナ社、アストラゼネカ社のワクチンの接種に際して、確認すべきポイントについて、解説しています。

※「コミナティ」（ファイザー）を「ファイザー社のワクチン」、
「COVID-19 ワクチンモデルナ」（武田薬品）を「武田/モデルナ社のワクチン」、
「バキスゼブリア」（アストラゼネカ社）を「アストラゼネカ社のワクチン」と表記しています。

(参考) 「予診票の確認のポイント Ver 3.0」 (令和3年8月13日版) より抜粋

10 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。

確認のポイント

接種するワクチンの成分に対し、重度の過敏症の既往のある人は、接種不適合者に該当します。

1回目の接種でアナフィラキシーを起こした人は、2回目の接種はできません。

食物アレルギー、気管支喘息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎（花粉症含む）、蕁麻疹、アレルギー体質等だけでは、接種不適合者にはならず、接種するワクチンの成分に関係のないものに対するアレルギーを持つ方も接種は可能です。

ただし、即時型のアレルギー反応の既往がある人は、接種要注意者として、接種後30分間の経過観察をします。

(解説)

ファイザー社のワクチンと武田/モデルナ社のワクチンに含まれるポリエチレングリコールや、アストラゼネカ社のワクチンに含まれており、ポリエチレングリコールとの交差反応性が懸念されているポリソルベートを含む医薬品については、[医薬品医療機器総合機構（PMDA）のホームページ](#)で検索することができます。また、ポリエチレングリコールは、大腸の検査をする時に用いる腸管洗浄剤、医薬品・医薬品添加物、ヘアケア製品、スキンケア製品、洗剤など、さまざまな用途に使用されています。ポリソルベートは既存のワクチン（11参照）等の医薬品の他、乳化剤として様々な食品に用いられています。

ポリエチレングリコールに対して重度の過敏症の既往が明らかな方は、ファイザー社のワクチンと武田/モデルナ社のワクチンの接種不適合者に該当します。ポリソルベートに対して重度の過敏症の既往が明らかな方は、アストラゼネカ社のワクチンの接種不適合者に該当します。

また、ポリソルベートに対して重度の過敏症の既往がある方へのファイザー社のワクチン又は武田/モデルナ社のワクチンの接種や、ポリエチレングリコールに対して重度の過敏症の既往がある方へのアストラゼネカ社のワクチンの接種のように、交差反応性が懸念される添加剤を含むワクチンを接種する場合、専門医による適切な評価とアナフィラキシーなどの重度の過敏症発症時の十分な対応ができる体制のもとで行うことが望ましいとされています。

なお、ポリエチレングリコールやポリソルベートを含む医薬品・製品は非常に多数存在するとともに、こうした医薬品・製品には他の成分も含まれていることから、実際には原因の特定に繋がらないことも多いと考えられます。そのため、様々なアレルギー歴について丁寧に聴取し、原因の特定に至っていない場合も含め、過去に何らかの医薬品や食品などで重いアレルギー症状を起こしたことがある方に対しては、十分注意をして接種の判断を行うとともに、接種後は30分間の経過観察を行います。

ファイザー社のワクチン、武田/モデルナ社、アストラゼネカ社のワクチンのバイアルストッパーはいずれも天然ゴムラテックスで作られていないため、ラテックスアレルギーのある人にもワクチン接種は可能です。また、卵やゼラチンも含まれていないため、これらの物質にアレルギーのある人もワクチン接種は可能です。

これまでの予防接種で具合が悪くなった方については、11もご参照ください。

新型コロナワクチン予防接種についての説明書

説明書の例

新型コロナワクチン予防接種についての説明書

ファイザー社
ワクチン用
(2021年8月)

新型コロナウィルスワクチン接種について

本ワクチンの接種は国と地方自治体による新型コロナウィルス（SARS-CoV-2）ワクチン接種事業の一環として行われます。本ワクチンの接種は公費対象となり、希望者は無料で接種可能です。なお、本ワクチンは12歳以上の方が対象です。

ワクチンの効果と投与方法

今回接種するワクチンはファイザー社製のワクチンです。新型コロナウィルス感染症の発症を予防します。本ワクチンの接種を受けた人は、受けていない人よりも、新型コロナウィルス感染症を発症した人が少ないことが分かっています。（発症予防効果は約95%と報告されています。）

販売名	コミナティ®筋注
効能・効果	SARS-CoV-2による感染症の予防
接種回数・間隔	2回（通常、3週間の間隔）※筋肉内に接種
接種対象	12歳以上（12歳未満の人に対する有効性・安全性はまだ明らかになっていません。）
接種量	1回0.3 mLを合計2回

- 1回目の接種後、通常、3週間の間隔で2回目の接種を受けてください。（接種後3週間を超えた場合は、できるだけ速やかに2回目の接種を受けてください。）
- 1回目に本ワクチンを接種した場合は、2回目も必ず本ワクチン接種を受けてください。
- 本ワクチンの接種で十分な免疫ができるのは、2回目の接種を受けてから7日程度経って以降とされています。また、感染を完全に予防できる訳ではありません。ワクチン接種にかかわらず、適切な感染防止策を行う必要があります。

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）明らかに発熱とは通常、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た人
- 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

（うらへ続く）

妊娠中、又は妊娠している可能性がある人、授乳されている人は、接種前の診察時に必ず医師へ伝えてください。本剤には、これまでのワクチンでは使用されなかった添加剤が含まれています。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。

接種を受けた後の注意点

- 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、失神等を起こしたり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。）
- 注射した部分は清潔に保つようし、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。
- 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。

副反応について

- 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、寒気、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。なお、本ワクチンは、新しい種類のワクチンのため、これまでに明らかになっていない症状が出る可能性があります。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ましょう。
 - ごく稀ではあるものの、ワクチン接種後に軽症の心筋炎や心膜炎が報告されています（※）。接種後数日以内に胸の痛みや動悸、息切れ、むくみ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。
- （※）1回目よりも2回目の接種の後に多く、若い方、特に男性に多い傾向が見られます。

予防接種健康被害救済制度について

予防接種では健康被害（病気になったり障害が残ったりすること）が起こることがあります。極めてまれではあるものの、なくすことができないことから、救済制度が設けられています。新型コロナワクチンの予防接種によって健康被害が生じた場合にも、予防接種法に基づく救済（医療費・障害年金等の給付）が受けられます。申請に必要な手続きなどについては、住民票がある市町村にご相談ください。

新型コロナウィルス感染症について

SARS-CoV-2による感染症が発症すると、熱や咳など風邪によく似た症状がみられます。軽症のまま治癒する人も多い一方、重症化すると、呼吸困難などの肺炎の症状が悪化し、死に至る場合もあります。

今回接種する新型コロナウィルスワクチン（ファイザー社製のワクチン）の特徴

本剤はメッセンジャーRNA（mRNA）ワクチンであり、SARS-CoV-2のスパイクタンパク質（ウイルスがヒトの細胞へ侵入するために必要なタンパク質）の設計図となるmRNAを脂質の膜に包んだ製剤です。本剤接種によりmRNAがヒトの細胞内に取り込まれると、このmRNAを基に細胞内でウイルスのスパイクタンパク質が産生され、スパイクタンパク質に対する中和抗体産生及び細胞性免疫応答が誘導されることで、SARS-CoV-2による感染症の予防ができると考えられています。

本剤には、下記の成分が含まれています。

有効成分	◇ トシナメラン（ヒトの細胞膜に結合する働きを持つスパイクタンパク質の全長体をコードするmRNA）
添加物	◇ A L C - 0 3 1 5 : [(4 - ヒドロキシブチル) アザンジル] ビス (ヘキサン - 6, 1 - ジイル) ビス (2 - ヘキシルデカン酸エステル) ◇ A L C - 0 1 5 9 : 2 - [(ポリエチレングリコール) - 2000] - N, N - ジテトラデシルアセトアミド ◇ D S P C : 1, 2 - システアロイル-sn-グリセロ-3-ホスホコリン ◇ コlestrol ◇ 塩化カルウム ◇ リン酸二水素カリウム ◇ 塩化ナトリウム ◇ リン酸水素ナトリウム二水和物 ◇ 精製白糖

新型コロナワクチンの詳しい情報については、厚生労働省のホームページをご覧ください。

厚生 コロナ ワクチン 検索

ホームページをご覧になれない場合は、お住まいの市町村等にご相談ください。

以下の説明書を準備しています。

- ファイザー社ワクチン
- ファイザー社ワクチン（保護者向け）
- 武田/モデルナ社ワクチン
- 武田/モデルナ社ワクチン（保護者向け）
- アストラゼネカ社ワクチン

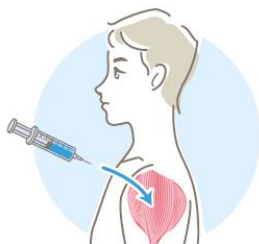
安全な接種に向けた取組

- 研究班（※）において新型コロナウイルス感染症に対するワクチン接種を安全に行うための注意点やポイントについて解説した動画を作成し、Youtubeの厚生労働省公式チャンネルで公開している。
- あわせて、要点をまとめたリーフレットも作成し、厚生労働省ホームページにおいて公開している。

※厚生労働行政推進調査事業費補助金“新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業”「ワクチンの有効性・安全性と効果的適用に関する疫学研究」

筋肉注射のポイント

新型コロナウイルスワクチンは筋肉注射です。
通常、三角筋の中央部に注射します。



被接種者ごとに、必ず手指消毒をしてください。
手袋をしている場合は、手袋をはずして手指消毒してから、新しい手袋を着用してください。

被接種者には腕を下におろし、リラックスした姿勢をとってもらいます。



薬液を注入



三角筋には大きな血管がないので、陰圧をかけて血液の逆流を確認する必要はありません。

シリンジと注射針が安定するように工夫して持ち、適度な速度で注入してください。

穿刺部位の確認

注射部位は三角筋中央部です。肩峰から真下に3横指程度下の位置が目安になります。
接種部位が上方すぎると**ワクチン関連肩関節障害**を、下方すぎると**橈骨神経障害**を起こすリスクがあるので、注意が必要です。

*接種部位の目安として肩峰下の前後腋窩線を結ぶ線の高さを推奨する報告もあります。



医療従事者のための新型コロナウイルスワクチンを安全に接種するための注意とポイント



動画

(<https://www.youtube.com/watch?v=rcEVMi2OtCY>)



リーフレット

(<https://www.mhlw.go.jp/content/000764700.pdf>)

厚生労働省新型コロナワクチンホームページでは、医療機関向けのお知らせ>接種の実施 接種の進め方の関連資料に掲載しています。

予診票の取扱い

接種後は、①予診票に接種券を、②被接種者が持参した接種済証部分に、ワクチンシール（大）を、③予診票にワクチンシール（小）を貼ってください。

接種希望者が持参する接種券等

予診票

接種券				診察したが接種できない場合				新型コロナウイルスワクチン 予防接種済証(臨時) Certificate of Vaccination for COVID-19						
券種	2	ワクチン接種	1	回目	券種	1	予防のみ	1	回目	1回目	接種年月日	接種場所	氏名	厚生 太郎
請求先	〇〇県〇〇市		123456		請求先	〇〇県〇〇市		123456		接種年月日			氏名	厚生 太郎
券番号	1234567890				券番号	1234567890				接種年月日			氏名	厚生 太郎
氏名	厚生 太郎				氏名	厚生 太郎				接種年月日			氏名	厚生 太郎

接種を受ける方へ
●シールは剥がさず、台紙ごと接種場所へお持ちください。
●右側の予防接種済証は接種が終わった後も大切に保管してください。

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

※台枠内にご記入またはチェックを入れてください。

住所(記載された市町村)	都道府県	市区町村	本籍地	2	ワクチン接種	1	回目	
請求先	〇〇県〇〇市		123456		請求先	〇〇県〇〇市	123456	
券番号	1234567890				券番号	1234567890		
氏名	厚生 太郎				氏名	厚生 太郎		

フリガナ
氏名 ()
電話番号 () - ()
生年月日(西暦) 年 月 日生(満 歳) 男・女 診断前の体調 度 分

質問事項
新型コロナウイルス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)
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。 はい いいえ
【新型コロナウイルスの説明書】を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。 はい いいえ
接種前位の上位となる対象グループに該当しますか。 はい いいえ
 医療従事者等 65歳以上 60-64歳 高齢者施設等の従事者 はい いいえ
 基礎疾患を有する(病名:) はい いいえ
現在、何らかの病気がかかって、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 血が止まりにくい病気 免疫不全 その他() はい いいえ
治療内容: 血をサラサラにする薬() その他() はい 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。 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。 病名() はい いいえ
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状() はい いいえ
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。 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)を起こしたことがありますか。
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ことはありますか。 種類() 症状() はい 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。 はい 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() はい いいえ
今日の予防接種について質問がありますか。 はい いいえ

医師記入欄
本人に対して、接種の効果、副反応及び予防接種後検査費徴収制度について、説明した。
 被接種者は未成年者である(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

新型コロナウイルス接種希望書
医師の説明を受け、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。(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。
接種者又は保護者自筆
年 月 日
【お書きにならない場合は市町村が署名し、代筆者名及び職階等との関係(記載)【お書きにならない場合は市町村が署名し、代筆者名及び職階等との関係(記載)【お書きにならない場合は市町村が署名し、代筆者名及び職階等との関係(記載)】を記載してください。】
ワクチン名・ロット番号 接種量 接種場所 医師名・接種年月日 接種年月日 接種場所 医師名・接種年月日
BNT162b2-XXXXXXX 接種量 接種場所 医師名・接種年月日 接種年月日 接種場所 医師名・接種年月日
D-Exp-YYYY-MM-DD 接種量 接種場所 医師名・接種年月日 接種年月日 接種場所 医師名・接種年月日
BNT162b2-XXXXXXX 接種量 接種場所 医師名・接種年月日 接種年月日 接種場所 医師名・接種年月日
D-Exp-YYYY-MM-DD 接種量 接種場所 医師名・接種年月日 接種年月日 接種場所 医師名・接種年月日

①接種券を貼付

②接種済証に貼付

③予診票に貼付

メーカーが提供するワクチンシールのイメージ

