

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等、一定の場合には他市町村でも接種できる。
 - ※その他市町村の判断により、他市町村の住民の接種を受け入れている場合もある。
 - ※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

- ・予診票及び予防接種済証に、ワクチン名・ロット番号のシールを貼付する。シール紙の接種券の場合は、接種券も貼付する。
 - ※接種券一体型予診票の場合は、貼付作業は不要
 - ※母子健康手帳にワクチンシールを貼付し、接種年月日等を記載することにより、予防接種済証にかえることができる。(未就学児は、母子健康手帳への記載が必須となるため要注意。)
- ・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。

予防接種法による新型コロナワクチンの接種

【ファイザー社（12歳以上用）の新型コロナワクチン】 初回接種（1回目・2回目）

● 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、原則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

予防接種法による新型コロナワクチンの接種

【ファイザー社（12歳以上用）の新型コロナワクチン】 追加接種（3回目）

● 対象者

- **18歳**以上の方

● 接種回数・接種間隔

- **2回目接種を完了した日から、一定の期間が経過した方**

対象	2021年12月～	2022年2月	2022年3月～
医療従事者等や高齢者施設等の入所者等	6か月		
その他の高齢者（65歳以上の方）	8か月	7か月	6か月
64歳以下の方	8か月		7か月

- 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、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】 初回接種（1回目・2回目）

● 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、原則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

予防接種法による新型コロナワクチンの接種

【武田／モデルナ社の新型コロナワクチン】 追加接種（3回目）

● 対象者

- 18歳以上の方

● 接種回数・接種間隔

- 2回目接種を完了した日から、一定の期間が経過した方

対象	2021年12月～	2022年2月	2022年3月～
医療従事者等や高齢者施設等の入所者等	6か月		
その他の高齢者（65歳以上の方）	8か月	7か月	6か月
64歳以下の方	8か月		7か月

- 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、0.25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】 初回接種（1回目・2回目）のみ

● 対象者

- **40歳以上の方（必要がある場合（※）は、18歳以上40歳未満への接種も可能）**

（※）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日以上の間隔をおいて、原則27日から83日までの間隔をおいて2回接種**
（最大の効果を得るためには55日以上の間隔をおいて接種）
- 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

予防接種法による新型コロナワクチンの接種

【ファイザー社（5～11歳用）の新型コロナワクチン】 初回接種（1回目・2回目）のみ

●対象者

- 5歳以上11歳以下の方

●接種回数・接種間隔

- 18日以上の間隔をおいて、原則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

- 1.3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0.2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 ⑳
21 ㉑	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)

(参考) 予防接種行政における「8か月以上の間隔をおいて」の意味について

「8か月以上の間隔をおいて」とする場合は、2回目接種を行った日から8か月後の同日から接種可能である(例1)と考え、8か月後に同日がない場合は、その翌月の1日から接種可能である(例2)と考える。

例1：6月1日に新型コロナワクチンの2回目の接種をした場合
⇒ 2月1日から追加接種を受けることができる

例2：6月30日に新型コロナワクチンの2回目の接種をした場合
⇒ 3月1日から3回目の接種を受けることができる

日	月	火	水	木	金	土
例1	1 接種 2回目	2	3	4	5	6
8か月後に同じ日がある						
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				
	例2	接種 2回目	8か月後に同じ日がない			

日	月	火	水	木	金	土
	1 接種 可能	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	翌月1日 接種 可能					

接種不相当者と接種要注意者

接種不相当者

新型コロナウイルス感染症に係る予防接種については、以下の者を接種不相当者（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アストラゼネカ社ワクチンを使用する場合にあっては、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

- 令和3年12月1日から新しい予診票を使用する。

新1・2回目用予診票

新型コロナウイルス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。

接種回数にちじ、「1」または「2」が印字

(1・2回目用) と明示

住所(記載されている住所)	郵便番号	市区町村	都道府県
フリガナ	氏名	性別	年齢
生年月日(高麗)	性別	年齢	診察前の体温

質問事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナウイルス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)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
接種を受けたワクチン()		
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 type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
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 type="checkbox"/> その他()		
治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> 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せんか。 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)
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

医師記入欄 時間外(受付時間:) 休日 小児(6歳未満) 予約① 予約②

新型コロナウイルス接種希望書

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。(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 接種者又は保護者(自署) (注)自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び職種等との関係を記載し、(注)接種者及び保護者の同意は保護者自身、成年被保護者の場合は本人又は成年被保護者自身。

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	ml	医師名	接種年月日 ※記入欄 4月1日~4月31日
(注)有効期限が切れないよう確認			2022年 月 日

追加接種用予診票

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票 (追加接種用)

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

(追加接種用) と明示

「3」が印字

住所(記載されている住所)	郵便番号	市区町村	都道府県
フリガナ	氏名	性別	年齢
生年月日(高麗)	性別	年齢	診察前の体温

質問事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナウイルス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)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
接種を受けたワクチン()		
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 type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
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 type="checkbox"/> その他()		
治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> 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せんか。 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)
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

医師記入欄 時間外(受付時間:) 休日 小児(6歳未満) 予約① 予約②

新型コロナウイルス接種希望書

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。(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 接種者又は保護者(自署) (注)自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び職種等との関係を記載し、(注)接種者及び保護者の同意は保護者自身、成年被保護者の場合は本人又は成年被保護者自身。

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	ml	医師名	接種年月日 ※記入欄 4月1日~4月31日
(注)有効期限が切れないよう確認			2022年 月 日

(参考) 2021年12月以前のものからの変更点

旧様式

新型コロナウイルス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
 都道府県 市区町村

フリガナ
 氏名

生年月日(西暦) 年 月 日 日生(満 歳) 男・女 診察前の体温 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: 年 月 日、2回目: 年 月 日) はい 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。 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。
 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:)

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()

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() 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
 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)
 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)

医師署名又は記名押印

医師記入欄
 新型コロナウイルス接種希望書
 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。
 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。
 年 月 日 被接種者又は保護者自署
 (※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捺印を記載)
 (※特設接種者が6歳未満の場合は保護者自署、現在被接種者の場合は本人又は成年後見人自署)

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・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。

医師記入欄
 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

質問項目を削除

新様式

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票 (追加接種用)

※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
 都道府県 市区町村

フリガナ
 氏名

生年月日(西暦) 年 月 日 日生(満 歳) 男・女 診察前の体温 度 分

質問事項
 新型コロナウイルス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()

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。 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。
 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()

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() 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
 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)
 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。

医師記入欄
 0時間外(受付時間 :) 休日 小児(6歳未満) 予備① 予備②
 ※特設接種者等については、クーポン券が未出回しにより記載ができません。

医師記入欄
 新型コロナウイルス接種希望書
 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。
 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。
 年 月 日 被接種者又は保護者自署
 (※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捺印を記載)
 (※特設接種者が6歳未満の場合は保護者自署、現在被接種者の場合は本人又は成年後見人自署)

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・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。

医師記入欄
 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

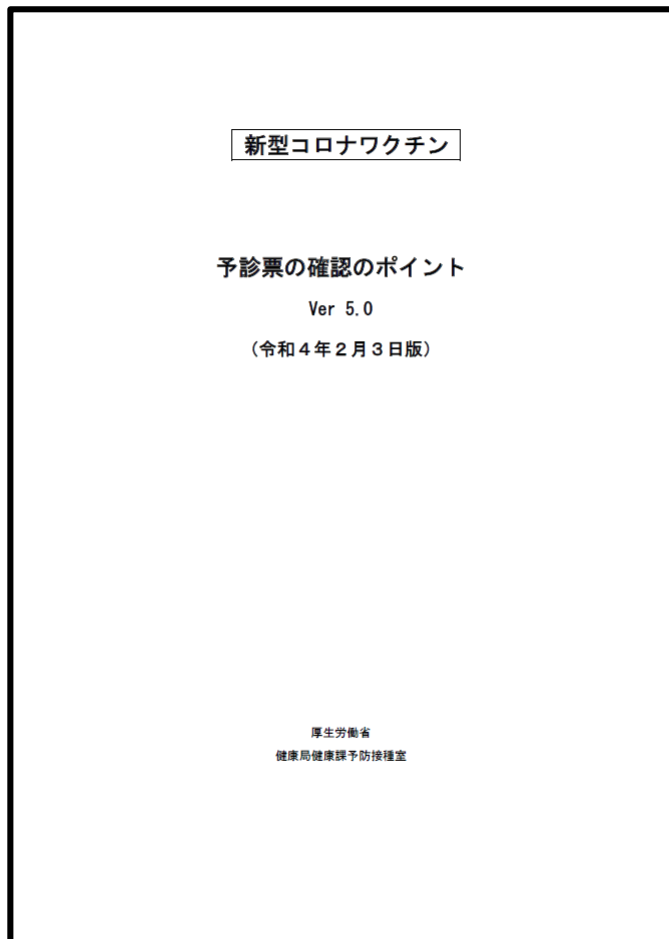
プレプリントの場合がある

質問の改定

チェック欄を追加

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「新型コロナウイルス ワクチン 予診票の確認のポイント」を公表している。



目次

1	新型コロナウイルス 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。	3
3	「新型コロナウイルス 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。	4
4	接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。	4
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。	4
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。	5
7	最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか。	5
8	今日、体に具合が悪いところがありますか。	6
9	けいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか。	6
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。	6
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。	7
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。	8
13	2週間以内に予防接種を受けましたか。	9
14	今日の予防接種について質問がありますか。	9
	予診票の取り扱いに関するその他の事項	10

※1～3、13は事務職員などが確認可能です。その他の項目も、記入の有無などの確認を事務職員など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、4「接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。」がありますが、新様式及び追加（3回目）接種用の予診票では削除されました。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。

※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「新型コロナウイルス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.4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、「新型コロナウイルス 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。

「新型コロナウイルス ワクチン 予診票の確認のポイント Ver5.0（令和4年2月3日版）」では、ワクチンの追加（3回目）接種用の予診票についても確認できるように変更しました。

※「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」から変更された「スパイクバックス」（武田薬品）を「武田/モデルナ社のワクチン」、「バキセゼブリア」（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。なお、2022年1月21日に「コミナティ筋注5～11歳用（ファイザー）」（オレンジ色のキャップ）が特例承認されましたが、本文書で示す「ファイザー社のワクチン」は12歳以上用（紫色のキャップ）です。

(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。

新型コロナウイルスワクチン予防接種についての説明書

説明書の例

新型コロナウイルスワクチン予防接種についての説明書 (追加 (3 回目) 接種用)

ファイザー社
ワクチン用
(2022 年 2 月)

新型コロナウイ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イルス (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、本ワクチンの追加 (3 回目) 接種は 18 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。新型コロナウイルス感染症の発症を予防します。本ワクチンの追加接種から 1 ヶ月後の中和抗体価は、2 回目の接種から 1 ヶ月後の中和抗体価よりも数倍高い値であると報告されています。

販売名	コナチア® 筋注
効能・効果	SARS-CoV-2 による感染症の予防
接種回数・間隔	1 回 (2 回目の接種が完了してから一定の間隔が経過した後) ※筋内に接種
接種対象	18 歳以上 (18 歳未満の人に対する追加接種の有効性・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 1 回

- 予防接種法に基づき追加接種の間隔は、対象となる方に応じて異なります (少なくとも 6 ヶ月)。お住まいの自治体からのお知らせを確認してください。
- 1 回目や 2 回目の接種に用いたワクチンの種類に関わらず、本ワクチンの接種が可能です。
- 本ワクチンの追加接種を受けても、感染を完全に予防できるわけではありません。また、ワクチン接種にかかわらず、引き続き、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、アナフィラキシーを疑わせる複数の症状、1 回目あるいは 2 回目の接種でこれらの症状が認められた人は、同一のワクチンを用いた追加接種を受けることはできません。

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でた人
- 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

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。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、予診医による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。本剤には、これまでのワクチンでは使用されたことのない添加物が含まれています。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。

(うらへ続く)

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、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。)
- 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、稀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、初回 (1 回目・2 回目) 接種では、ワクチン接種後に心筋炎や心膜炎を疑う事例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、むくみ等の症状が見られたら、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。
- 追加接種では、1 回目や 2 回目の接種と比較して、主に脇の下のリンパ節の腫れが多く (5%程度) 報告されています。症状は軽く、数日以内に回復することが多いですが、腫れがひどく長引く場合は、医療機関を受診してください。

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。極めて稀ではあるものの、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。新型コロナウイルスの予防接種による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。

新型コロナウイ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イルスワクチン (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	トシナブレン (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-ヒドロキシベンチル) アザンジリル] 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- [(ホ) (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-ジステアロイル-sn-グリセロ-3-ホスホコリン
	◇ コレステロール
	◇ 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

新型コロナウイルスの詳細な情報については、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らない場合は、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 (初回接種用)
- ファイザー社ワクチン (初回接種用) (保護者向け)
- ファイザー社ワクチン (追加接種用)
- ファイザー社ワクチン (5 ~ 11 歳用)
- 武田/モデルナ社ワクチン (初回接種用)
- 武田/モデルナ社ワクチン (初回接種用) (保護者向け)
- 武田/モデルナ社ワクチン (追加接種用)
- アストラゼネカ社ワクチン

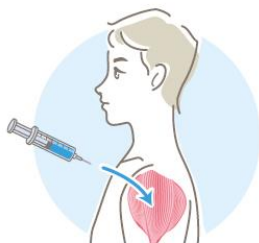
安全な接種に向けた取組

- 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 ～接種券と接種済証が一体となったシール紙の接種券の場合～

予診票

被接種者が持参する接種券（兼）接種済証

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票（追加接種用）
※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

住所：〒 都道府県 市区町村
フリガナ 氏名 性別 年齢 誕生日(西暦) 診察前の体温 度 分

質問事項 回答欄 医師記入欄

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。
接種日(1回目: 年 月 日、2回目: 年 月 日) はい いいえ

接種を受けたワクチン() はい いいえ

現時点で住民票のある市区町村と、接種券又は右上の請求先に記載されている市区町村は同じですか。 はい いいえ

「新型コロナウイルスワクチンの説明書」を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。 はい 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() はい 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() 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せんか。 はい いいえ

現在 2週間前 今日

医師記入欄
本人に対して、接種の効果、副反応及び予防法について説明した。 はい いいえ

医療機関記入欄
 時間外(受付時間:) 休日 小児(6歳未満) 予備① 予備②

新型コロナウイルス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、本予診票が市区町村、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。
(※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び接種者との関係等を記載)

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・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。
医師名 接種年月日 ※記入欄 4月1日～4月10日
2022年 月 日

医師記入欄
シール貼付位置
※枠に合わせてまっすぐに貼付けてください
(注)有効期間が切れている場合があります

④ 予診票に接種券を貼付

接種券		診察した接種できない場合	
券種	回数	券種	回数
券種 2 (予診のみ)	3 回目	券種 1 (予診のみ)	3 回目
請求先 ○○県○○市	123456	請求先 ○○県○○市	123456
券番号 1234567890		券番号 1234567890	
氏名 厚生 太郎		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 予防接種済証(臨時)
Certificate of Vaccination for COVID-19

3回目
接種年月日 年 月 日
接種場所
メーカー/Lot No.
(シール貼付)

氏名 厚生 太郎
住所 ○○県○○市○○ 999-99
生年月日 ○○年 ○○月 ○○日 生
○○県○○市長

⑤ 接種済証に貼付

① 時間外又は休日に接種を行った場合は、該当部分を塗りつぶす
時間外の場合は、受付時間を記入する

③ 予診票に貼付

製品名
製造番号:XXXXXX
最終有効年月日:20XX/XX/XX
製造販売:メーカー名

QRコード

メーカーが提供するシールのイメージ

製品名
製造番号:XXXXXX
最終有効年月日:20XX/XX/XX

② 予診票に、接種量、接種場所、医師名、医療機関コード、接種年月日を記入

⑥ 予診票のコピー又は控えを医療機関において保管