

【千葉市】 高齢者新型コロナ予防接種予診票

※太線の中を記入してください。

フリガナ				男・女	電話	- -	
氏 名							
住 所	千葉市 区						
生年月日	大正 昭和	年	月	日生 ()歳	本日の体温	度 分	

質 問 事 項	回答欄		医師記入欄
今年度の10月以降、新型コロナの予防接種を受けるのは初めてですか。	いいえ	はい	
今日の予防接種について、裏面記載の注意事項を読みましたか(まだの方は必ずお読みください)。		はい	
現在、何か病気にかかっていますか(高血圧など、定期的に薬を処方されている疾患も含む)。 病名()	はい	いいえ	
今までに心臓病、腎臓病、肝臓病や血液、免疫不全、けいれんの病気などにかかったことがありますか。 病名()	はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師から今回の予防接種を受けても良いといわれていますか。	いいえ	はい	
1か月以内に熱がでたり、病気にかかりましたか。 病名()	はい	いいえ	
今、体の具合の悪いところがありますか。 悪いところを記入してください。()	はい	いいえ	
薬や食べ物でじんましんなどのアレルギーが出たことがありますか。 それはどのようなものですか。()	はい	いいえ	
過去の予防接種についてお聞きます。 ①新型コロナ予防接種の際に、具合が悪くなったことはありますか。 ②新型コロナ以外の予防接種の際に、具合が悪くなったことはありますか。	はい はい	いいえ いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。 最後のけいれんは()歳頃	はい	いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名(月 日:)	はい	いいえ	

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、本日の予防接種は(可能 ・ 見合わせる) 本人に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに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 (ゴム印の場合は押印してください。)
-------	---

被接種者の記入欄 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、 ワクチンの接種を (希望します ・ 希望しません)。 この予診票は、予防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、本予診票が千葉市に提出・保存されることに同意 します。 令和 年 月 日 被接種者(または代筆者)自署 (続柄:) (※自署できない場合は本人の接種意思を確認した上で代筆者が署名し、代筆者氏名及びカッコ内に被接種者との続柄を記載)
--

メーカー名	接 種 量	医療機関名 接種医師名
Lot No.		
有効期限 年 月 日 接種年月日 年 月 日		

(切り取り)

【千葉市】 高齢者新型コロナ予防接種(医療機関控)

- 1 被接種者名 _____ 2 生年月日 大正・昭和 年 月 日生
 3 接種年月日 年 月 日 4 メーカー名 Lot No. _____

(切り取り)

【千葉市】 高齢者新型コロナ予防接種済証(本人控)

- 1 被接種者名 _____ 2 生年月日 大正・昭和 年 月 日生
 3 接種年月日 年 月 日
 4 メーカー名 Lot No. _____

医療機関名

接種医師名

【千葉市】高齢者新型コロナ予防接種について（注意事項）

高齢者新型コロナ予防接種は、予防接種法のB類疾病に位置付けられた定期接種です。

対象となる方 千葉市に住民票のある方で、以下のいずれかに該当する方

- （１）接種日に**65歳以上**の方
- （２）接種日に60歳～64歳の方で心臓、じん臓、呼吸器機能、またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に身体障害１級の障害のある方（予診票と一緒に身体障害者手帳の写しを医療機関に提出してください。）

実施期間 10月1日～1月31日

自己負担額 8,000円（費用助成は上記期間内に１回まで）※１

※１ 市民税非課税世帯の方（介護保険料段階第１～３段階の方に限る。）は自己負担金が一部免除されて4,000円になります。生活保護を受給している方、中国残留邦人等の支援給付を受給している方は自己負担金が全額免除されます。一部免除及び全額免除は上記期間内１回のみです。該当する方は最新の「介護保険料決定通知書」の中にある「介護保険料算定の基礎」の写し（保険料段階が第１～３段階のもの※２）、「生活保護受給証明書」、「支援給付受給証明書」などを接種当日に予診票と一緒に医療機関へ提出してください。後から自己負担金を払い戻すことはできませんのでご注意ください。

※２ 「介護保険料決定通知書」がお手元にない方は、接種前に「予防接種自己負担免除対象確認申請書兼同意書」を千葉市医療政策課へ提出することで、代わりの書類を交付いたします。（申請受理から交付まで２週間程度（土日祝日・年末年始の休日を除く）かかります。）

接種意思の確認について

予防接種を受ける法的な義務はなく、本人が希望する場合に限り接種を行います。また、接種を受けるご本人に麻痺などがあって同意書に署名ができない場合や、正確な意思の確認が難しい場合などは、家族やかかりつけ医によって、特に慎重にご本人の接種意思の有無を確認してください。最終的にご本人の意思確認ができなかった場合は、接種を行うことができません。

新型コロナワクチンの有効性について

新型コロナワクチンについては、有効性や安全性が確認された上で薬事承認されており、さらに、国内外で実施された研究などにより、新型コロナウイルス感染症にかかった場合の重症化予防効果が認められたと報告されています。

費用助成で予防接種を受けることができない方

- ①接種当日、明らかに発熱（37.5℃以上）している方
- ②重い急性疾患にかかっている方
- ③ワクチンの成分に対し、アナフィラキシーショックなど重度の過敏症の既往歴のある方
- ④その他、医師が不適当な状態と判断した方

予防接種を受ける際に、医師とよく相談しなくてはならない方

- ①心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患及び発育障害などの基礎疾患のある方
- ②過去にけいれん（ひきつけ）を起こした方
- ③過去に免疫不全の診断をされたことがある方及び近親者に先天性免疫不全の方がいる方
- ④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出た方
- ⑤ワクチンの成分に対して、アレルギーを起こす恐れがある方
- ⑥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方

新型コロナワクチンによる副反応について

新型コロナワクチンの主な副反応として、接種後に注射した部分の痛み、疲労、頭痛、筋肉や関節の痛み、寒気、下痢、発熱等がみられることがあります。こうした症状の大部分は、接種後数日以内に回復しています。

なお、稀な頻度でアナフィラキシー（急性のアレルギー反応）が発生したことが報告されています。また、mRNA ワクチンでは、頻度としてはごく稀ですが、若年男性を中心に心筋炎や心膜炎を疑う事例が報告されています。副反応が疑われる症状（胸の痛み、息切れ）が現れた場合は、医療機関を受診してください。

予防接種後副反応報告書について

副反応が疑われる症状が現れた場合は、医師から国へ報告書を提出することとなっています。詳細や提出方法については、手引きをご覧ください。

予防接種健康被害救済制度について

市の実施する予防接種により重篤な健康被害が発生した場合は、予防接種法や千葉県市町村予防接種事故補償等条例などに基づく救済措置を受けることができます。詳細や提出方法については、千葉市医療政策課（043-245-5207）へご相談ください。