

新型コロナワクチン（コスタイベ筋注用）の予診票

任意接種用

※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			電話番号	— —
接種を受ける人の氏名			診察前の体温	度 分
生年月日 (西暦)	年 月 日生(満 歳)	☐男・☐女		

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受けたことがありますか。 接種回数(合計 回) 前回の接種日(年 月 日) 前回接種を受けた新型コロナワクチンの種類()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
説明文『コスタイベ筋注用の接種を受ける方へ』を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
今までに特別な病気(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、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。 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()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
(“はい”の場合) その主治医に、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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()	<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	
(女性の方で) 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、今日の予防接種は(<input type="checkbox"/> 可能・ <input type="checkbox"/> 見合わせる)	医師署名または記名押印
	本人に対して、予防接種の効果、副反応及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。	

本人(代筆者)記入欄		
医師の診察・説明を受け、予防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。		
(<input type="checkbox"/> 接種を希望します・ <input type="checkbox"/> 接種を希望しません)	被接種者または代筆者自署 _____	(代筆者の場合: 続柄 _____)
※自署できない場合は代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載してください。		

医師記入欄	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	
	コスタイベ筋注用	0.5mL	実施場所	
	製造販売: Meiji Seika ファルマ株式会社		医師名	
	Lot No.:		接種年月日	
カルテ No.:	年 月 日			

記載頂きました個人情報 Wakuchin 接種の予診に於いてのみ使用いたします。

コスタイベ筋注用の接種を受ける方へ

任意接種用

この予診票は任意で接種を希望される方用です。

新型コロナウイルスワクチン（コスタイベ筋注用）の接種を実施するにあたり、接種される方の健康状態をよく把握する必要があります。

予診票にできるだけ詳しくご記入ください。

ワクチンの効果と副反応

本ワクチンは接種された方の新型コロナウイルス感染症を予防するワクチンです。

本ワクチン接種に伴い、次のような副反応があらわれることがあります。

- 接種を受けた直後～通常30分程度のあいだに、ショック・アナフィラキシーを含むアレルギー症状があらわれる可能性があります。
- 本ワクチンの接種後、副反応（発熱や疲労・倦怠感などの全身症状）があらわれる可能性があります。
- 心筋炎、心膜炎が疑われる症状（胸痛、動悸、むくみ、呼吸困難、頻呼吸等）があらわれる可能性があります。
- ワクチン接種後にギラン・バレー症候群が疑われる症状（両側の手や足に力が入らない、歩行時につまずく、階段を昇れない、物がつかみづらい、手や足の感覚が鈍くなる、顔の筋肉がまひする、食べ物が飲み込みにくい、呼吸が苦しい等）があらわれる可能性があります。
- ワクチン接種に対する緊張や痛みなどをきっかけに、血管迷走神経反射（立ちくらみ、血の気がひく、失神等）があらわれる可能性があります。転倒に注意してください。

予防接種を受けることができない人

- 18歳未満の方
- 明らかに発熱（通常37.5℃以上）している方
- 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方
- 過去にコスタイベ筋注用に含まれている成分で重度の過敏症*のあった方
*重度の過敏症：アナフィラキシーまたは全身性の皮膚・粘膜症状、喘鳴、呼吸困難、頻脈、血圧低下等のアナフィラキシーを疑わせる複数の症状
- 上記以外に医師が予防接種を行うことが不適当な状態であると判断した方

予防接種を受けるに際し、医師とよく相談しなければならない人

- 抗凝固療法を施行している方、または血小板減少症や凝固障害のある方
- 過去に免疫不全の診断をされたことがある方や両親や兄弟など近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
- 心臓や血管、腎臓、肝臓、血液の病気や発育障害などの基礎疾患のある方
- 今までに、予防接種を受けた後2日以内に発熱があった方や全身性発疹などアレルギーが疑われる症状が出たことがある方
- 過去にけいれんを起こしたことがある方
- 本ワクチンの成分に対してアレルギーを起こすおそれがある方
- 腎機能障害のある方
- 肝機能障害のある方
- 妊婦または妊娠している可能性がある方、妊娠の計画がある方、授乳されている方は、必ず接種前の診察時に医師に伝えてください。
- 高齢の方はご自身の健康状態を接種前の診察時に医師に伝えてください。

予防接種を受けた後の注意

ワクチン接種後、15～30分程度は、接種を受けた医療機関（接種会場）の施設内などで安静にしてお待ちください。

- 接種後の待機時間について、ショック・アナフィラキシーを含む重いアレルギー症状や血管迷走神経反射（立ちくらみ、血の気がひく、失神等）を起こしたことがある方および、その他の理由で医師が必要と判断した方は、医療機関（接種会場）にて30分程度待機してください。その他の方は、接種後少なくとも15分間待機してください。
- 接種当日の激しい運動は控えてください。
- 接種部位を清潔に保つようにしてください。
- 接種当日の入浴に特別な問題はありますが、接種当日を含め、接種後に体調がすぐれない場合は無理をせず様子を見てください。また、注射した部分を強くこすらないようにしてください。

本ワクチンの接種により健康被害が発生した場合には「医薬品副作用被害救済制度」により治療費などが支給される場合があります。

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。

あなたの接種予定日	医療機関名
月 日 () 当日は受付に 時 分 頃おこしてください	

接種ワクチン	接種量	接種回数
コスタイベ筋注用 製造販売：Meiji Seika ファルマ株式会社 Lot No.：	0.5mL	合計 回目