

新型コロナ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。

※左隅に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください

住民票に記載されている住所	都 道 市 区		府 県 町 村												
	フリガナ														
氏 名	電話 番 号		() -												
生年月日 (西暦)	□□□□	年	□□	月	□□	日	生 (満	□□	歳)	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	診察前の体温	□□	度	□	分

質問事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナワクチンの接種を受けたことがありますか。 接種回数(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	
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	
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： <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()	<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	
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(<input type="checkbox"/> 可能 ・ <input type="checkbox"/> 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。	

医療機関 記入欄	<input type="checkbox"/> 時間外(受付時間 :) <input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> 小児(6歳未満) <input type="checkbox"/> 予備① <input type="checkbox"/> 予備②
-------------	---

※該当する項目について、マークの形からはみ出さないように濃く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 保護者自署 <small>(※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の続柄を記載) (※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被後見人場合は本人又は成年後見人自署)</small>
--	--

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	※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。
	※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	□□ □□ ml	実施場所 医師名	医療機関等コード □□□□□□□□ 接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日 202□ 年 □□ 月 □□ 日

予診票の記入例

青色の部分を記入してください。

黒色で印字されている情報と異なる箇所は二重線を引き、正しい情報に訂正してください。

新型コロナ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	兵庫 都 道 神戸 市 区 町 村 中央区加納町6-5-1	券種	2 () (予診のみ)	回目	
フリガナ	コウベ タロウ	請求先	兵庫県 神戸市	123456	
氏名	神戸 太郎	券番号	1234567890		
生年月日(西暦)	1961年10月10日生(満60歳)	氏名	神戸 太郎		接種当日の朝に測定して記入してください。
		性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	診察前の体温	36度2分

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(4/4回) 前回の接種日(2022年 月 日) 前回接種を受けた新型コロナワクチンの種類()	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
前回の接種回数、接種日をご記入ください。 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。 『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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	同封の説明書を読んでください。
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: <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> その他(糖尿病)	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
治療内容: <input checked="" type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬(ワーファリン) <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(かぜ、10日前に37℃発熱・咳)	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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(ソバ 1年前)	<input checked="" 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(インフルエンザ) 症状(接種後3日目に38℃発熱)	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ	2週間以上経ってから受けましょう。
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 checked="" 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 checked="" 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(<input type="checkbox"/> 可能 ・ <input type="checkbox"/> 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
-------	---	------------

医療機関記入欄	<input type="checkbox"/> 時間外(受付時間) : <input type="checkbox"/> 予備① <input type="checkbox"/> 予備② する項目について、マークの形からはみ出さないように濃く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。(<input type="checkbox"/> 接種を希望します ・ <input type="checkbox"/> 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署 神戸 次郎
<small>(※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の続柄を記載) (※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被後見人の場合は本人又は成年被後見人自署)</small>

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	※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。
		ml	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 (注)有効期限が切れていないか確認		医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
				2022年 月 日

4回目を接種できなかった場合は接種で記入します

前回の接種回数、接種日をご記入ください。

同封の説明書を読んでください。

2週間以上経ってから受けましょう。

当日記入していただきますので事前の記入は不要です。

本人や保護者の署名をお願いします

Q オミクロン株対応ワクチンの接種にはどのような効果がありますか。

A オミクロン株対応ワクチンの接種により、従来のワクチンの接種と比較して、中和抗体価と中和抗体応答率が同等以上であること等が確認され、重症化・感染・発症を予防する効果が期待されています。

ファイザー社のオミクロン株対応2価ワクチン（従来株/オミクロン株BA.1）については、海外で実施された臨床試験において、従来の1価ワクチン（従来株）を3回接種した者を対象に、本ワクチンの追加（4回目）接種から1か月後のオミクロン株BA.1に対する中和抗体価（*1）と中和抗体応答率（*2）を評価したところ、従来ワクチンの追加接種に比べて、それぞれ優越性と非劣性が示されたことが確認されています。

モデルナ社のオミクロン株対応2価ワクチン（従来株/オミクロン株BA.1）については、海外で実施された臨床試験において、従来の1価ワクチン（従来株）を3回接種した者を対象に、本ワクチンの追加（4回目）接種から28日後のオミクロン株BA.1に対する中和抗体価と中和抗体応答率を評価したところ、従来ワクチンの追加接種に比べて、それぞれ優越性と非劣性が示されたことが確認されています。

また、新型コロナウイルスワクチン接種後の中和抗体価と発症予防効果との相関性（※1）や、オミクロン株による新型コロナウイルス感染症に対する、従来の1価ワクチンの効果が報告されている（※2）ことから、オミクロン株対応2価ワクチンの追加接種による、一定の発症及び重症化を予防する効果が期待され、日本ではファイザー社製、モデルナ社製のどちらも令和4年（2022年）9月12日に薬事承認がなされています。

一方、ファイザー社のオミクロン株対応2価ワクチン（従来株/オミクロン株BA.4-5）については、追加接種により、従来株・デルタ株・オミクロン株に対する中和抗体価を誘導することが非臨床試験で確認されていること、モデルナ社のオミクロン株対応2価ワクチン（従来株/オミクロン株BA.4-5）については、追加接種により変異株に対する免疫原性及び感染予防効果が非臨床試験で確認されていることから、いずれもBA.5を含む変異株に対して幅広い予防効果が期待され、それぞれ同年10月5日と同年11月1日に薬事承認がなされています。

なお、厚生科学審議会において、現時点の医学的知見に基づき、従来の1価ワクチンとオミクロン株対応の2価ワクチンの免疫原性（*3）の比較から、オミクロン株対応2価ワクチンの追加接種により、従来の1価ワクチンを上回る重症化予防効果と、短期間の可能性はあるものの、オミクロン株に対する感染・発症予防効果が期待される、と判断されています。

（*1）ウイルスの感染力または毒素の活性を中和できる抗体の数値

（*2）中和抗体価がベースライン値（1回目接種前の数値）から4倍以上に上昇した被験者の数

（*3）抗体の産生や細胞性免疫を誘導する性質

（参考資料）

PMDAの審査報告書（ファイザー社のオミクロン株対応2価ワクチン（従来株/BA.1））

PMDAの審査報告書（モデルナ社のオミクロン株対応2価ワクチン（従来株/BA.1））

オミクロン株対応2価ワクチンの有効性及び安全性について (第37回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会資料より抜粋)

ファイザー社のオミクロン株対応2価ワクチン(従来株/BA.4-5)の評価について (第38回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会資料より抜粋)

モデルナ社のオミクロン株対応2価ワクチン(従来株/BA.4-5)の評価について (第40回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会資料より抜粋)

※1:[Nature Med. 2021 May 17; 27: 1205-1211](#)

(Neutralizing antibody levels are highly predictive of immune protection from symptomatic SARS-CoV-2 infection)

※2:[CDC:ACIP Presentation Slides: April 20, 2022 Meeting](#)

(COVID-19 Vaccine Effectiveness during Omicron)

法人番号6000012070001

〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2

電話番号 03-5253-1111 (代表)

Copyright © Ministry of Health, Labour and Welfare, All Rights reserved.

新型コロナワクチン予防接種についての説明書 (追加(オミクロン株対応2価ワクチン)接種用)

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、本ワクチンの接種は、これまで2回以上新型コロナウイルスワクチンの接種を受けた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、ファイザー社製のオミクロン株対応2価ワクチン(従来株(起源株)及びオミクロン株BA.1又はBA.4-5)です。新型コロナウイルス感染症の重症化予防、感染予防、発症予防を目的として接種します。

BA.1対応2価ワクチンは、55歳を超える者を対象に実施された臨床試験において、接種から1か月後の中和抗体価が、従来の単価ワクチン(起源株)の追加接種に比べて同等以上であることが確認されたこと等から、一定の発症・重症化予防効果が期待できるとされています。また、BA.4-5対応2価ワクチンの追加接種は、起源株・デルタ株・オミクロン株(BA.1、BA.2、BA.4/BA.5等)に対する中和抗体を誘導することが非臨床試験で確認されており、様々な変異株への幅広い予防効果が期待されています。

販売名	コミナティ RTU 筋注(2価:起源株/オミクロン株BA.1又は起源株/オミクロン株BA.4-5)
効能・効果	SARS-CoV-2による感染症の予防
接種回数・間隔	1回(前回の接種が完了してから3か月以上が経過した後) ※筋肉内に接種
接種対象	初回(1・2回目)接種を完了した12歳以上の者
接種量	1回0.3mLを1回

- 本ワクチンは、前回までの接種に用いたワクチンの種類にかかわらず接種が可能ですが、初回(1・2回目)接種には使えません。
- 本ワクチンの接種を受けても、発症等を完全に予防できるわけではありません。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認められた人は、同一の成分を含む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

(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。なお、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。

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にし、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。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。
- 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てください。
- ごく稀ではあるものの、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、むくみ等の症状が現れたら、速やかに医療機関を受診してください。
- ごく稀ではあるものの、mRNA ワクチン接種後にギラン・バレー症候群が報告されています。接種後、手足の力が入りにくい、しびれ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。

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（ファイザー社製のオミクロン株対応2価ワクチン（BA.1/BA.4-5））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（従来株（起源株）及びオミクロン株 BA.1 又は BA.4-5）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	◇ トジナメラン（従来株（起源株）のスパイクタンパク質の全長体をコードする mRNA） ◇ リルトジナメラン又はファムトジナメラン（それぞれオミクロン株 BA.1 又は BA.4-5 のスパイクタンパク質の全長体をコードする mRNA）
添加物	◇ ALC-0315：〔（4-ヒドロキシブチル）アザンジール〕ピス（ヘキサ-6,1-ジイル）ピス（2-ヘキシルデカン酸エステル） ◇ ALC-0159：2-〔（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 ◇ DSPC：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 ◇ トロメタモール ◇ トロメタモール塩酸塩 ◇ 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。

厚労 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。