ファイザー 新型コロナワクチン（コミナティ）を接種される方へ 任意接種用

新型コロナワクチン（コミナティ）の接種にあたって、接種を受ける方の健康状態をよく把握する必要があります。この説明文書をお読みになり、予診票へのご記入をお願いいたします。接種する方がお子さんの場合は、保護者の方が記入してください。
なお、新型コロナワクチンについて詳しく知りたい方は、ウェブサイト
「ファイザー新型コロナワクチンの接種を受ける方とそのご家族や保護者の方々のためのサイト」
をご覧ください。（https://www.pfizer-covid19-vaccinated.jp/）

新型コロナワクチンの効果と副反応

今回接種するワクチンは、メッセンジャーRNA（mRNA）ワクチンという種類のワクチンです。ウイルスのタンパク質を作る基になる情報の一部を注射します。人の体の中で、この情報を基に、ウイルスのタンパク質の一部が作られ、それに対する抗体などができることで、ウイルスに対する免疫ができます。私たちが持つ体内の異物を攻撃する免疫の仕組みを利用して、新型コロナウイルス感染症の発症を予防します。一方で、新型コロナワクチンには、下記のような副反応が知られています。

- 注射した部分の痛み、頭痛、関節や筋肉の痛み、疲労、寒気、発熱等が現れることがあります。また、重大な副反応として、ショックやアナフィラキシーが現れることもあります。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があった場合は、接種医あるいはかかりつけ医に相談してください。
- 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。
- 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。

新型コロナワクチンの接種（予防接種）を受けることができない人

下記に該当す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あった人は、同一成分を含むワクチンでの追加接種はできません。

予防接種を受けるにあ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

妊娠中また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。

予防接種を受けた後の注意点

- 過去にアレルギー反応やアナフィラキシーを起こしたことがある方は、予診票にご記入いただくとともに、原因の医薬品等やその時の状況をできるだけ詳しく医師にお伝えください。重いアレルギーで医療機関にかかっている場合には、接種の可否について医師にご相談ください。
- 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。

医薬品副作用被害救済制度

予防接種法の定期接種によらない任意の接種によって健康被害（医薬品を適正に使用したにもかかわらず発生した副作用により入院治療が必要になるほど重篤な健康被害）が生じた場合は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法による被害救済の対象となります。健康被害の内容、程度等に応じて、薬事審議会（副作用・感染等被害判定部会）での審議を経た後、医療費や年金などが給付されます。

問い合わせ先は下記のとおりです。
独立行政法人　医薬品医療機器総合機構　健康被害救済部　救済制度相談窓口　　電話：0120-149-931（フリーダイヤル）　　URL：https://www.pmda.go.jp

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

ファイザー

新型コロナワクチン（コミナティ）接種 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
※接種される方がお子さんの場合は、保護者が記入してください

診察前の体温　　度　　分

住所	〒			
フリガナ 接種される方の氏名		□男 □女	TEL	（　　）　　－
（保護者の氏名）			生年月日（西暦）	年　月　日生 （満　歳）

質問事項	回答欄		医師記入欄
「新型コロナワクチン（コミナティ）を接種される方へ」（裏面）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	
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	
5歳以上：新型コロナワクチンの接種を受けたことがありますか はいの場合（前回の接種日：　年　月　日） 6ヵ月～4歳：新型コロナワクチンの接種は受けたことがありますか はいの場合（接種回数：　回）（前回の接種日：　年　月　日）	□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 また、その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか 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（　　）	□はい	□いいえ	
最近1ヵ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	
（接種を受けられる方がお子さまの場合） 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか（具体的に　　）	□はい	□いいえ	
過去にけいれんを起こしたことがありますか はいの場合（　　歳頃）　そのとき熱がでましたか（□はい・□いいえ）	□はい	□いいえ	
近親者に先天性免疫不全症の方がいますか	□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 予防接種の種類（　　）　症状（　　）	□はい	□いいえ	
（女性の方に）現在妊娠中または妊娠している可能性はありますか　または授乳中ですか	□はい	□いいえ	
今日の新型コロナワクチン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・□見合わせた方が良い）と判断しました 本人または保護者に対して、接種の効果、副反応及び医薬品副作用被害救済制度について説明しました	医師署名または記名押印

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について理解した上で、接種を希望しますか　□希望します　□希望しません

年　月　日　被接種者または保護者自署

・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の続柄を記載　（代筆者の場合：続柄　　）

ワクチン名など	用法・用量	実施場所・医師名・接種年月日
接種シール添付欄：	筋肉内接種 左腕／右腕／大腿前外側部 0.3mL	実施場所：若草台内科眼科外科クリニック 医師名：諏佐　典生 接種年月日：　年　月　日

ご記載いただいた個人情報は、新型コロナワクチン接種の予診に関してのみ、使用させていただきます。