新型コロナワクチン（ヌバキソビッド®筋注 1mL）の接種を受けられる方へ

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。定期接種として接種を受ける場合、あるいは、公的補助等を受けて接種を受ける場合は、お住まいの自治体（市区町村）からの通知をご覧ください。
新型コロナワクチンの予防接種を実施するにあたって、受けられる方の健康状態をよく把握する必要があります。
そのため、裏面の予診票にできるだけ詳しくご記入ください。お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者がご記入ください。なお、新型コロナウイルス感染症の関連情報については、
武田薬品の公式サイト（https://www.takeda.co.jp/patients/coronavirus-vaccine/）でも紹介しています。

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組換えタンパクワクチンという種類に分類されます。免疫の活性化を促進する役割を担うアジュバントという物質が添加されています。本ワクチンを接種することにより、組換えスパイクタンパク質がヒトの細胞内に取り込まれると、それに対する抗体ができることで、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。

1. 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、倦怠感、悪心・嘔吐、発熱等があります。また、まれ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。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。
2. 本ワクチン接種後に心筋炎、心膜炎を発症したという報告があります。胸の痛みや動悸、むくみ、呼吸困難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。

1. 明らかに発熱している人[*1]
2. 重い急性疾患にかかっている人
3. 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
4. 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。

1. 血小板減少症又は凝固障害のある人、抗凝固療法を受けている人
2. 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
3. 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
4. 過去に予防接種を受けて、接種後2日以内に発熱のみられた人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人
5. 過去にけいれんを起こしたことがある人
6. 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。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

1. 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）。
2. 注射した部分は清潔に保つようにしてください。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。
3. 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

予防接種法に基づく定期接種以外の予防接種（任意接種）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な程度の疾病や障害等の健康被害）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、医療手当、障害年金等が支給されます。
問い合わせ先は以下のとおりです。
独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 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
月　日（　） 当日は受付に 時　分頃 おこしください	

新型コロナワクチン（ヌバキソビッド®筋注 1mL）予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク内にご記入又は○印をつけてください。
※お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者がご記入ください。また、予防接種の対象年齢等は医師にご確認ください。

		診察前の体温　　度　　分	
住　　所		TEL（　　）　　ー	
フリガナ 受ける人の氏名		男・女	生年月日 年　月　日生 （満　歳　ヵ月）
（代理人又は保護者の氏名）			

質　問　事　項	回　答　欄		医師記入欄
1. 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） 接種を受けた新型コロナワクチンの種類（　）	はい	いいえ	
2. 今日受ける新型コロナワクチンについて説明文を読んで理解しましたか	はい	いいえ	
3. 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（　）／その他（　）	はい	いいえ	
4. 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	
5. 今日、体に具合がわるいところがありますか （　）	はい	いいえ	
6. 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	
7. 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	
8. 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	
9. 近親者の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい	いいえ	
10. 現在妊娠している又は妊娠している可能性はありますか	はい	いいえ	
11. 最近１ヵ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類（　）　受けた日（　年　月　日）	はい	いいえ	
12. 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 ）と判断した。 本人（もしくは代理人又は保護者）に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品副作用被害救済制度について説明した。	医師の署名

本人 記入欄	医師の診察・説明を受け、予防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　本人の署名（もしくは代理人又は保護者の署名） ・本人が署名できない場合は代理人又は保護者が署名し、代理人又は保護者の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の署名、成年被後見人の場合は本人又は成年後見人の署名

	ワクチン名など	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
医師 記入欄	ヌバキソビッド筋注　Lot No.： （武田薬品工業株式会社）　カルテ No.：	筋肉内接種 ＿＿＿＿mL	実施場所： 医師名： 接種年月日：　年　月　日

ご記入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。