

予診票確認

グレーの部分に☑ある場合の対応

問診看護師→医師へ報告

付箋

付箋

付箋

医師→看護師へ指示

付箋

付箋

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。

※左欄に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください

(クーポン貼付)

接種券：別紙

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初めて受けますか。 (接種を受けたことがある場合 1回目: 月 日、2回目: 月 日)	☐ はい ☐ いいえ	
① 現時点で住民票のある市町村と、クーポン券に記載されている市町村は同じですか。	☐ はい ☐ いいえ	
② 「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。	☐ はい ☐ いいえ	
接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。 ☐ 医療従事者等 ☐ 65歳以上 ☐ 60～64歳 ☐ 高齢者施設等の従事者 ☐ 基礎疾患を有する(病名:)	☐ 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()	☐ はい ☐ いいえ	
④ 治療内容: ☐ 血をサラサラにする薬() ☐ その他()		
⑤ その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	☐ はい ☐ いいえ	
⑥ 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()	☐ はい ☐ いいえ	
⑦ 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	
⑧ 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	
⑨ 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	
⑩ 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()	☐ はい ☐ いいえ	
⑪ 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。	☐ はい ☐ いいえ	
⑫ 2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類() 受けた日()	☐ はい ☐ いいえ	
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 ☐ 不可 ☐ 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。		

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、代筆者氏名及び関係者との捺印を記載) (※被接種者が未成年の場合は本人又は法定代理人の署名)

ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所・医師	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。
シール貼付位置		実施場所		医療機関等コード
※枠に合わせ、点線に沿っ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				

☑、被接種者自署
(代筆の場合は代筆者名も署名)を確認！

	確認項目	確認内容	報告・指示の付箋
①	宇土市以外の方	住所地外接種届出済書が 必要	
②	理解	被接種者に説明書を読んで説明⇒「はい」 「いいえ」の場合、説明を再度行い「はい」としたことがわかるよう、隣の医師記入欄に被接種者本人のサイン、または被接種者に了解を得た旨の記載・説明者のサインをする。	
③	既往歴	基礎疾患の状態が悪化している場合や全身状態が悪い者等 体調が回復してから接種することが大切。接種後の軽度の副反応が重篤な転帰につながることはないよう慎重に判断する必要がある。 免疫不全のある方：他の接種不適当者に該当しなければ接種可能 アレルギーのある方も接種は可能：⑦参照 ※ 付箋は貼らないが、予診で確認をお願いします。	
④	治療歴	おくすり手帳で確認 → 裏面で 薬の種類 確認	付箋 付箋
⑤	主治医の許可	いいえ・空白⇒再確認⇒「はい」⇒そのままOK 予診医が確認の上で判断したことが明確になるように 医師記入欄への可否の記入が必要	付箋
⑥	1か月以内の体調	病名・いつ発熱したかを記載 治癒後2週間を目安にする。→	付箋
⑦	当日の体調	症状記載	付箋
⑧	けいれん(ひきつけ)	はい	付箋
⑨	重いアレルギー症状	1回目の接種で アナフィラキシー を起こした人 食物アレルギー、気管支喘息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎(花粉症含む)、以前のワクチン接種で副反応	接種不可 医師へ報告し、終了 付箋
⑩	既往予防接種の体調不良	症状記載	付箋
⑪	2週間以内の予防接種	13日以上間隔をあける。 コロナ⇒コロナは3週間！	
⑫	質問	「はい」の時には、看護師に相談すること。	

※妊娠の有無は高齢者の場合はすべていいえに☑をする

宇土市集団接種用

○血をサラサラにする薬を飲んでいる人 **お薬手帳を確認**

抗血小板薬

抗凝固薬

そのままOK

止血に時間がかかる可能性
はあり注意！！



オレンジの付箋を貼る



水色の付箋を貼る。

筋肉内出血のリスクがあるため
接種後**2分**以上強めに接種部位を
圧迫する必要がある。

抗血小板薬と抗凝固薬

手術時の休薬期間				
カテゴリー	一般名	先発医薬品	大手術	小手術
抗血小板作用薬	アスピリン	バイアスピリン	7～14日	継続可
	チクロピジン	パナルジン	7～14日	継続可
	クロピドグレル	プラビックス	7～14日	継続可
	プラスグレル	エフィエント	14日以上	継続可
	シロスタゾール	プレタール	3日	継続可
	ベラプロストナトリウム	ドルナー	1～2日	継続可
	サルボクレラート	アンプラーグ	1～2日	継続可
	イコサペント酸	エバデール	7～10日	継続可
	ω-3脂肪酸	ロトリガ	7～10日	継続可
	リマプロストアルファデクス	オパルモン	1日	継続可
	ジピリダモール	ペルサンチン	1～2日	継続可
	ジラゼブ	コメリアンコーワ	1日	継続可
	トラピジル	ロコルナール	1日	継続可
抗凝固薬	ワーファリン	ワーファリン	3～5日	継続可
	ダビガトラン	ブラザギサ	Ccr50以上：1日 Ccr50未満：2日	継続可
	リバーロキサバン	イグザレルト	1日以上	継続可
	アピキサバン	エリキュース	1日以上	継続可
	エドキサバン	リクシアナ	1日以上	継続可

後発品もあり、大体はその時は一般名が名前になっていることが多い。
必ずお薬手帳を確認を！！