

(公 印 省 略)

事 務 連 絡  
令和3年6月1日

一般社団法人 別府市医師会  
新型コロナワクチン集団接種 協力医療機関 殿

いきいき健康部次長 大野 高之

### 別府市新型コロナワクチン集団接種当日の流れについて

当市の新型コロナワクチンの接種につきましては、多大なるご協力ご理解頂き誠にありがとうございます。

また、この度は当市の新型コロナワクチンの集団接種にご尽力頂くこと厚く御礼申し上げます。

さて、別府市新型コロナワクチンの集団接種につきましては、下記の通り行いたいと思いますので、ご理解の程お願い致します。

#### 記

**1. 集団接種の開始日** 6月7日(月)より開始いたします。

#### **2. 従事時間**

(午前の接種時間) 9:00～12:00(従事時間3時間)

(午後の接種時間) 14:00～17:00(従事時間3時間)

(夜間の接種時間) 18:00～21:00(従事時間3時間)

※6月7日から6月13日は夜間の接種は17:30から開始します。

※ 今後、予約の状況により、接種時間の変更もございます。

#### **3. 集合時間**

それぞれの接種時間開始前の10分までに、医師の方は問診ブースに、看護師の方は接種レーンまでお越し頂くようお願いいたします。

#### **4. 着衣や更衣**

医師控室と看護師控室を用意させていただきます。また、更衣室のご利用があればス

タップにお申し付けください。

## 5.当日の服装

会場で医師の方や看護師の方とわかるようにビブスを用意致します。白衣など職場の服装でも動きやすい服装でも対応いたします。

## 6.当日の持ち物

大変、恐縮ではありますが聴診器とペンライトにつきましては、各自お持ち寄り下さい。マスクや使い捨て手袋などは、こちらで準備いたします。

## 7. 接種会場 別府市総合体育館「べっぴアリーナ」メインアリーナ



〒874-0902 別府市青山町8番37号

TEL 0977-21-2323

FAX 0977-21-8090



メインアリーナ



## 8.関係者駐車場

駐車場は、「7.接種会場」の図に示してある駐車場の入口から屋内駐車場に駐車して下さい。

## 9.当日の役割について

医師の方は主に問診をお願いします。また、看護師の方は充填及び希釈、接種、経過観察をお願いします。

## 9.送付物

予診などマニュアルに合わせて、こちらで資料を準備しました。併せてご確認頂きご指導頂きたいと思います。

—問合せ先—

別府市健康づくり推進課

新型コロナウイルスワクチン接種対策係

電話 21-1117 担当 猪股・首藤

# 新型コロナウイルス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。

※ワクチン接種後に医療機関において  
貼り付けてください

※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

(クーポン貼付)

住民票に記載されている住所	都 道 市 区 村 府 県 町 村	
フリガナ	フリガナ	フリガナ
氏名	フリガナ	フリガナ
生年月日(西暦)	年 月 日 日生(満 歳)	男・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)	<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、クーポン券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	
接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。 <input type="checkbox"/> 医療従事者等 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60~64歳 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等の従事者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する(病名: )	<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"/> 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 ) 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
-------	---	------------

## 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

(※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後見人自署)

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。
	シール貼付位置	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> 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
				202 年 月 日

# 新型コロナウイルスワクチン

## 予診票の確認のポイント

Ver 2.1

(令和3年5月28日版)

厚生労働省  
健康局健康課予防接種室

## 目次

1	新型コロナワクチンの接種を初めて受けますか。 . . . . .	2
2	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。 . . . . .	2
3	「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。 . . . . .	2
4	接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。 . . . . .	3
5	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。 . . . . .	3
6	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。 . . . . .	3
7	最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 . . . . .	4
8	今日、体に具合が悪いところがありますか。 . . . . .	4
9	けいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか。 . . . . .	4
10	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。 . . . . .	5
11	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。 . . . . .	6
12	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。 . . . . .	6
13	2週間以内に予防接種を受けましたか。 . . . . .	6
14	今日の予防接種について質問がありますか。 . . . . .	7
	・ 予診票の取り扱いに関するその他の事項 . . . . .	7

※1～4, 13 は事務職員等が確認可能です。その他の項目も、記入の有無などの確認を事務職員等が行うことができます。

5～12, 14 は、最終的に医師が確認した上で接種を判断する必要があります。こうした項目の記載内容を、医師以外の医療従事者が予め確認することで、医師の予診の時間が短縮されと考えられます。

※旧様式の予診票には、6「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。」がありますが、新様式からは削除されました（令和3年5月28日付事務連絡「新型コロナワクチンに係る予診票の様式変更について」）。旧様式を使用した場合の当該設問欄の取り扱いについては、p.3にお示ししています。

「新型コロナワクチン 予診票の確認のポイント Ver2.1（令和3年5月28日版）」では、ファイザー社のワクチンと、武田/モデルナ社のワクチンの接種に際して、確認すべきポイントについて、解説しています。

※「コミナティ」（ファイザー）を「ファイザー社のワクチン」、  
「COVID-19 ワクチンモデルナ」（武田薬品）を「武田/モデルナ社のワクチン」と表記しています。

### 1 新型コロナワクチンの接種を初めて受けますか。

#### 確認のポイント

接種間隔の確認を行います。また、2回目の接種の記載がある方は、接種はできません。

(解説)

ファイザー社のワクチン及び武田/モデルナ社のワクチンは、それぞれ接種間隔が異なります。2回目の接種の場合、持参した予防接種済証にて、1回目に接種したワクチンと同じワクチンであることを確認し、接種間隔の確認を行ってください。

○ファイザー社のワクチンの接種間隔：

標準的には20日の間隔をおいて2回接種します。(1回目から3週間後の同じ曜日に2回目を接種。)

最短では、18日以上の間隔をおいて接種が可能です。(1回目から3週間後の同じ曜日の2日前に2回目を接種。)

1回目接種からの間隔が20日を超えた場合、できる限り速やかに2回目を接種します。

○武田/モデルナ社のワクチン接種間隔：

標準的には27日の間隔をおいて2回接種します。(1回目から4週間後の同じ曜日に2回目を接種。)

最短では、20日以上の間隔をおいて接種が可能です。(1回目から3週間後の同じ曜日に2回目を接種。)

1回目接種からの間隔が27日を超えた場合、できる限り速やかに2回目を接種します。

### 2 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。

#### 確認のポイント

現時点で住民票のある市町村が、クーポン券に記載のある市町村(クーポン券の発行時点で住民票のあった市町村)と異なる方は、現時点で住民票のある市町村からクーポン券の発行を受けた上で接種する必要があります。

(解説)

よく確認していただいたうえで、異なっている場合は、接種を受けることができませんので、住民票のある市町村からクーポン券の発行を受けた上で接種するよう案内してください。

住民票のある市町村とクーポン券に記載のある市町村が異なる場合は、費用請求や被害救済に支障が生じる可能性があります。

クーポン券に記載の市町村 ←→ 住民票のある市町村 ←→ 接種場所の所在する市町村  
同じである必要があります 異なっても接種できる場合があります(※)

(※)

住民票のある市町村と、接種場所の所在市町村は、異なっても接種できる場合があります。

○「住所地外接種届出済証」の提示の必要がある場合

・住民票のある市町村と実際に居住している市町村が異なる方

(単身赴任者、遠隔地へ下宿している学生、その他やむを得ない事情のある方)

・出産のために里帰りしている妊産婦

○「住所地外接種届出済証」の提示の必要がない場合

・入院・入所者 ・基礎疾患を持つ者が主治医の下で接種する場合 ・災害による被害にあった者

### 3 「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。

#### 確認のポイント

予防接種の効果や副反応などを理解しているかを確認するための項目です。

「いいえ」の場合には、医療機関(施設)で、予診前に被接種者に説明書を読んでいただく、または予診医や接種会場のスタッフから説明してください。

(解説)

いったん「いいえ」にチェックがなされた場合でも、被接種者が説明を受け理解した場合には、被接種者が「はい」にチェックすることで、接種を受けることができます。こうした経緯が明らかになるよう、医師記入欄に、被接種者本人のサイン、又は被接種者に了解を得た旨の記載をすることが望ましいと考えられます。

4 接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。
<b>確認のポイント</b>
一般の方への接種が始まる前の段階では、優先接種対象者に該当しているかを確認してください。
(解説)
その時点での優先接種対象者に該当しているかを確認する項目ですので、複数の項目に該当する場合でも、全ての該当項目にチェックを求める必要はありません。

5 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。
<b>確認のポイント</b>
特に以下に該当するかに注意して接種の判断をお願いします。
○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です。体調が悪いときの接種は控えます。体調がよくなった頃に、改めて接種時期の相談をしてください。接種後の軽度の副反応が重篤な転帰に繋がることのないよう、特に慎重に予防接種の適否を判断する必要があります。
○免疫不全のある方、○血が止まりにくい病気のある方や、抗凝固剤を服用されている方
下記に注意すれば接種可能です。（解説参照）
○アレルギー疾患のある方
10を参照ください。
(解説)
・免疫不全のある方については、新型コロナウイルス感染症の重症化のリスクが高いとされています。米国CDCの見解では、現時点で、有効性と安全性に関する確立されたデータはありませんが、他の接種不適当者の条件に該当しなければ、接種は可能としています。
・血が止まりにくい病気のある方や、抗凝固薬を服用している方は、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してもらう必要はありますが、接種は可能です。（なお、抗血小板薬を服用している方は、筋肉内出血のリスクはないとされていますので、接種可能です。ただし、止血に時間がかかる可能性があることにご留意ください。）

※旧様式の予診票には6番の質問項目がありますが、新様式では削除されています。  
 旧様式を使用した場合、当項目が「いいえ」または空欄となっている接種希望者についても、予診医が接種可能と判断した場合は接種可能です。

6 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。
<b>確認のポイント</b>
かかりつけの医師の意見がある場合に、その意見を確認した上で接種の判断を行うための質問です。
なお、かかりつけの医師に確認せずに接種を受けに来た方については、予診医が、5の内容などに注意して問診を行い、接種が可能と判断した場合は、接種可能です。

7 最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。

確認のポイント

罹患した疾病の種類によっては、免疫機能の低下や続発疾患の可能性も考えられますので、治癒後2週間を目安として間隔をおきます。

最近の新型コロナウイルス感染症の罹患歴がある場合は、臨床的に回復していれば、接種は可能ですが、詳しくは解説を参照してください。

(解説)

2週間を目安としていますが、麻疹など特に免疫抑制を認める疾患の場合は、十分な免疫を付けるためには4週間程度間隔をおくことが望ましいと考えられます。

最近の新型コロナウイルス感染症の罹患について、米国CDCからは以下のような見解が示されています。

- ・隔離を中止するための基準が満たされるまで延期する必要がある。
- ・新型コロナウイルス再感染のリスクは感染後の最初数か月では低く、免疫力の低下により時間とともに増加する可能性があることが示唆されていることから、最近新型コロナウイルス感染症に罹患した人は、必要に応じてワクチン接種を一時的に遅らせることを選択できる。
- ・加えて、モノクローナル抗体または回復期血漿での治療を受けた場合は、治療から90日以降にワクチンを接種することが勧められる。

8 今日、体に具合が悪いところがありますか。

確認のポイント

予防接種は体調の良い時に接種していただくことが基本です。

被接種者が何らかの軽い不調を訴えている場合も、予診医が接種可能と判断する場合は、接種が可能です。

(解説)

「はい」の場合は、どのように具合が悪いかにより、予診担当医が接種の可否を判断してください。

その場合、予診医が確認の上で判断したことが明確になるよう、「医師記入欄」へ接種が可能であるか否かの記載を行うことが望ましいと考えられます。

9 けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。

確認のポイント

小児期の熱性けいれん等の既往のみでは、接種不適合者にはなりません。

現在において、けいれん発作が起こる方も、けいれん発作状況がよく確認されており、病状と体調が安定していれば、主治医(予診医)が適切と判断した場合には接種しても差し支えありません。

(解説)

けいれんの原因診断がついている場合には、その疾患の主治医と相談の上、予防接種の実施について検討します。接種後に発熱を認めることがあるため、発熱によってけいれん発作が生じやすいとされているてんかん患者については、発熱が生じた場合の発作予防策と発作時の対策を設定・指導してください。

10 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。

確認のポイント

接種するワクチンの成分に対し重度の過敏症の既往のある人は、接種不適合者に該当します。1回目の接種でアナフィラキシーを起こした人は、2回目の接種はできません。

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）、蕁麻疹、アレルギー体質等だけでは、接種不適合者にはならず、接種するワクチンの成分に関係のないものに対するアレルギーを持つ方も接種は可能です。

ただし、即時型のアレルギー反応の既往歴がある人は、通常 15 分間の経過観察のところ通常より長く、接種後 30 分間の経過観察をします。

（解説）

ファイザー社のワクチンと武田/モデルナ社のワクチンに含まれるポリエチレングリコールや、交差反応性が懸念されているポリソルベートを含む医薬品については、[医薬品医療機器総合機構（PMDA）のホームページ](#)で検索することができます。また、ポリエチレングリコールは、大腸の検査をする時に用いる腸管洗浄剤、医薬品・医薬品添加物、ヘアケア製品、スキンケア製品、洗剤など、さまざまな用途に使用されています。

ポリエチレングリコールに対して重度の過敏症の既往が明らかな方は、接種不適合者に該当します。

ポリソルベートに対して重いアレルギー反応を起こしたことがある方への接種は、専門医による適切な評価とアナフィラキシーなどの重度の過敏症発症時の十分な対応ができる体制のもとで行うことが望ましいとされています。ポリソルベートは既存のワクチン（11 参照）等の医薬品の他、乳化剤として様々な食品に用いられています。

なお、ポリエチレングリコールやポリソルベートを含む医薬品・製品は非常に多数存在するとともに、こうした医薬品・製品には他の成分も含まれていることから、実際には原因の特定に繋がらないことも多いと考えられます。そのため、様々なアレルギー歴について丁寧に聴取し、原因の特定に至っていない場合も含め、過去に何らかの医薬品や食品などで重いアレルギー症状を起こしたことがある方に対しては、十分注意をして接種の判断を行うとともに、接種後は 30 分間の経過観察を行います。

ファイザー社のワクチンと武田/モデルナ社のワクチンのバイアルストッパーは天然ゴムラテックスで作られていないため、ラテックスアレルギーのある人にもワクチン接種は可能です。また、卵やゼラチンも含まれていないため、これらの物質にアレルギーのある人もワクチン接種は可能です。

これまでの予防接種で具合が悪くなった方については、11 もご参照ください。

11 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。

**確認のポイント**

以前に予防接種による副反応の既往があれば、その使用ワクチンの成分（添加物を含む。）と実施しようとするワクチンの成分について共通性の確認も必要です。

1回目の接種でアナフィラキシーを起こした方は、2回目の接種はできません。アナフィラキシー以外の即時型のアレルギー反応がみられた方についても、接種の是非を慎重に判断します。また、過去に迷走神経反射を起こしたことがある方は、接種後30分間の経過観察を行います。ベッドに臥床して接種することも迷走神経反射の予防法の1つです。

（解説）

ポリエチレングリコールを含むワクチンは、ファイザー社のワクチンと武田/モデルナ社のワクチンです。

ポリエチレングリコールと交差反応性をもつと言われているポリソルベートを含むワクチンは、沈降13価肺炎球菌結合型ワクチン（プレベナー13）、インフルエンザHAワクチン「第一三共」、組換え沈降4価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン（ガーダシル）、乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン（エンセバック）、5価経口弱毒生口タウイルスワクチン（ロタテック）、不活化ポリオワクチン（イモバックス）等です。即時型のアレルギー反応の既往歴が判明した場合は、接種要注意者に該当する可能性があります。

新型コロナワクチンの1回目接種後に遅発性の局所反応（例えば、紅斑、硬結、そう痒症）があっただけであれば、2回目接種は可能です。1回目接種後に遅発性の局所反応を経験した人が、2回目の接種後に同様の反応を起こすかどうかは不明です。新型コロナワクチンの1回目接種で、アナフィラキシー以外の即時型のアレルギー反応を起こした方については、10を参照し、接種を見合わせるか、重度の過敏症発症時の十分な対応ができる体制のもとで接種を行うかを、慎重に判断する必要があります。

12 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。

**確認のポイント**

妊娠中、授乳中の方も接種は可能ですが、接種のメリットとデメリットをよく検討して接種を判断していただくこととしています。

（解説）

海外の使用経験などから現時点で特段の懸念が認められているわけではありませんが、安全性に関するデータが限られていることから、主治医に相談いただくなどして、接種のメリットとデメリットをよく検討して接種を判断していただくこととしています。なお、日本産婦人科感染症学会・日本産科婦人科学会の提言については、下記をご参照ください。

[http://www.jsog.or.jp/news/pdf/20210512\\_COVID19.pdf](http://www.jsog.or.jp/news/pdf/20210512_COVID19.pdf)

13 2週間以内に予防接種を受けましたか。

**確認のポイント**

新型コロナワクチンと、他のワクチンとの接種は、13日以上の間隔をおくこととしています。

「はい」の場合には、特段の事情がある場合を除き、接種日を改めてもらいます。また、接種後は2週間、他のワクチンの接種はできませんので、説明が必要です。

14 今日の予防接種について質問がありますか。

**確認のポイント**

「はい」の場合は、質問を確認して回答するなど、丁寧に被接種者の理解をいただくようお願いします。

(解説)

医師の予診に至る前に予診票を確認した担当者が対応できる内容であれば、当該担当者等が対応できます。医師が対応する必要がある内容であれば、医師が回答します。

～予診票の取り扱いに関するその他の事項～

●接種不相当者の「明らかな発熱を呈している者」について

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を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。

●「医師署名又は記名押印」欄について

署名は接種を判断した医師の直筆で行いますが、ゴム印等で記名した場合は医師の押印を行います。

●最下部の医師記入欄（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）

医師の指示のもと、医師以外の方が記入することができます。

実施場所は、医療機関が行う場合は医療機関名を記載し、集団接種会場で実施する場合は、できるだけ実施の主体や場所が特定できるよう記載します。（例：〇〇市保健センター、〇〇公民館）

厚生労働行政推進調査事業費補助金 新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業  
「ワクチンの有効性・安全性と効果的適用に関する疫学研究」（研究代表者 廣田良夫）の  
研究分担者・研究協力者の方々（岡田賢司、中野貴司、岩田敏、多屋馨子）に  
ご協力をいただいています。（敬称略）

## 予防接種を適切に実施するための間違い防止チェックリスト

(「新型コロナウイルス感染症に関する予防接種の実施に関する医療機関向け手引き」より抜粋)

### 確認チェックリスト

#### 問診時の確認事項

予防接種の判断を行うものの際して注意を要する以下の者については、被接種者の健康状態及び体質を勘案し、慎重に予防接種の適否を判断するとともに、説明に基づく同意を確実に得ること。

- 1) 対象者を住所、フルネーム、年齢、生年月日で確認する。  
受付時に本人・保護者の申し出、診察券、接種券、予診票などの照合で確認しているが、接種医師等が再度チェックする。  
同姓同名の者がいる場合、複数の同胞が一緒に来院した時は特に注意しなければならない。付き添ってきた接種対象者でない家族に誤って接種しないよう気をつける必要がある。
- 2) ワクチンの種類と回数を確認する。  
受付でもチェックしているが、接種医師等が再度予防接種の種類を確認する。
- 3) 対象者がワクチンの対象接種年齢であるか確認する。  
接種対象年齢でない者が接種を受けにくることがある。この場合、接種を行わないこと。
- 4) 接種歴を確認する。  
受付でもチェックしているが、既に接種済みの予防接種を忘れて再度接種を受けにくることがある。接種前に接種済証等をチェックすることにより、接種済みであることを接種対象者等に告げることができる。
- 5) 直前の予防接種実施日、前回の予防接種実施日（複数回接種が必要なワクチンの場合）からの間隔を確認する。  
ワクチン相互の間隔が不十分であるにもかかわらず予防接種を受けにくる場合がある。同一種類のワクチンを接種する場合は、接種の間隔に関する定めがあるので、その定めによる。また、異なるワクチンとの接種間隔については、原則13日以上の間隔がいていることを確認する。他の予防接種を受けた後に新型コロナワクチンの接種を受けに来るケースがある。  
これらは接種前に接種済証、母子健康手帳やカルテをチェックすることにより、未然に避けることができる。また、新型コロナワクチンの場合、別の種類のワクチンの同時接種はできない。
- 6) 接種前の検温を確認する。  
予防接種法施行規則第2条2項（予防接種の対象者から除かれる者）に「明らかな発熱を呈している者は接種不相当者」とされている。自宅で検温した時に熱があれば、通常予防接種を受けに来ないが、熱がないと思って来院しても、接種前の検温で発熱に気付くことがある。  
予防接種前の検温結果が記載されていないと、適切な対処ができなくなるおそれがあるので、注意する。

- 7) 予診票の記載に漏れがあれば確認する。  
問診事項は、安全に当該接種が可能であるか判断する重要な資料である。  
医師としては、予診を尽くし、最大限の努力をして、接種を受ける者の体調を確認することが大切である。
- 8) 診察を行い、体調を確認する。  
予防接種は緊急時を除き、体調の良い時に行うものであり、接種前に診察を行い体調を確認する事が大切である。  
問診・視診を基本とし、聴診・触診は必要に応じて行う。
- 9) 医師記入欄に署名又は記名押印する。  
医師は予診票を確認し、必要に応じて追加質問し、さらに診察した上で、接種の可否に関する診断をし、接種対象者等に説明する。署名は医師の直筆で行う。  
なお、ゴム印等で記名した場合は医師の押印を行う。  
特に特設の接種会場で複数の医師が実施している場合は、責任の所在を明らかにしておく必要がある。
- 10) 接種対象者又は保護者の承諾サインをもらう。  
接種対象者又は保護者の意志確認が必要であるので、接種を受けることの同意欄に「○」をしてもらい、接種対象者又は保護者のサインをもらっておく。

【予診票の医師名当記入例】

必ず「可能」・「見合わせる」にチェック

自署をお願いします

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の接種は ( <input checked="" 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  別府 太郎
-------	---	-------------------------

<b>新型コロナワクチン接種希望書</b>									
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。	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">年</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">月</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">日</td> <td style="width: 40%; text-align: center;">被接種者又は 保護者自署</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; font-size: 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後見人自署)         </td> </tr> </table>	年	月	日	被接種者又は 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) (※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後見人自署)			
年	月	日	被接種者又は 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) (※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後見人自署)									

代筆者の場合は、代筆者氏名と続柄  
被接種者の氏名 が必要

# 新型コロナウイルスワクチンを 安全に接種するための注意とポイント

新型コロナウイルスワクチンを短期間で多くの人に安全に行うための注意とポイントを解説します。このワクチンはこれまで国内であまり行われていなかった**筋肉注射**です。筋肉注射の手技についてもわかりやすく紹介します。

監修

厚生労働行政推進調査事業費補助金  
“新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業”  
「ワクチンの有効性・安全性と効果的適用に関する疫学研究」

研究代表者：廣田良夫  
分担研究者：岩田 敏／岡田賢司／中野貴司

研究協力者：多屋馨子  
監修協力者：峯 真人／中山久仁子

## 接種会場の環境

プライバシーが保護され、密を避けた環境を用意してください。  
被接種者ごとに手指衛生を徹底してください。  
救急対応の手順や物品を確認してください。

## 予診

集団接種の場合、予診は、問診と視診を基本とします。  
接種要注意者・基礎疾患を有する人など、予診医が必要と認めた人には  
聴診・触診を行います。

### 予診時に確認すること【リスクコミュニケーション】

以下については、必ず問診で確認してください。

ワクチンの効果と  
副反応についての理解

予防接種健康被害  
救済制度の認知

重いアレルギー反応  
の既往



接種不適当者に該当する症状が悪化している場合や全身状態が悪い場合には、接種を延期して、**体調が良くなってから接種を行う**ことを検討します。

集団接種で問診医が接種に迷う場合は、**かかりつけ医**などでの個別接種を検討していただくのもよいでしょう。

### 接種不適当者（接種を行いません）

- ① 明らかな発熱を呈している。
- ② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかである。
- ③ 接種しようとする接種液の成分に対してアナフィラキシーを呈したことが明らかである。
- ④ その他の理由により予防接種を行うことが不適当な状態である。

### 接種要注意者（接種の適否を慎重に判断してください）

- i 抗凝固療法を受けている人、血小板減少症又は凝固障害を有する人
- ii 過去に免疫不全の診断がなされている人及び近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
- iii 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障害等の基礎疾患を有する人
- iv 予防接種で接種後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
- v 過去にけいれんの既往のある人
- vi 接種しようとする接種液の成分に対してアレルギーを呈するおそれのある人

## 接種前のチェック

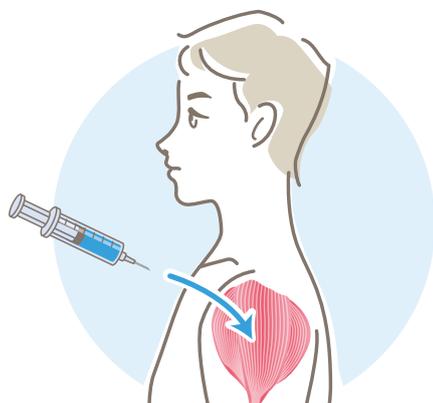
まず、お名前、そしてアルコール過敏症かを確認してください。  
アルコール過敏症の場合、アルコールフリー（クロルヘキシジングルコン酸塩含浸など）の消毒綿を使います。



過緊張、採血等で気分がわるくなることがある人は、ベッドに横になっての接種も考慮します。

## 筋肉注射のポイント

新型コロナウイルスワクチンは筋肉注射です。  
通常、三角筋の中央部に注射します。



被接種者ごとに、必ず手指消毒をしてください。  
手袋をしている場合は、手袋をはずして手指消毒をしてから、新しい手袋を着用してください。

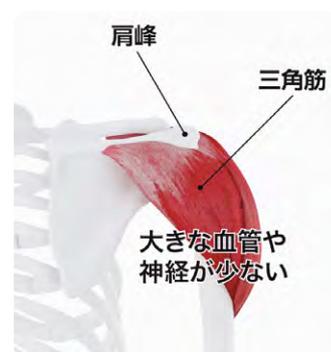
被接種者には腕を下におろし、リラックスした姿勢をとってもらいます。



### 1 穿刺部位の確認

注射部位は三角筋中央部です。肩峰から真下に3横指程度下の位置が目安になります。  
接種部位が上方すぎると**ワクチン関連肩関節障害**を、下方すぎると**橈骨神経障害**を起こすリスクがあるので、注意が必要です。

\*接種部位の目安として肩峰下の前後腋窩線を結ぶ線の高さを推奨する報告もあります。



## 2 穿刺部位の消毒

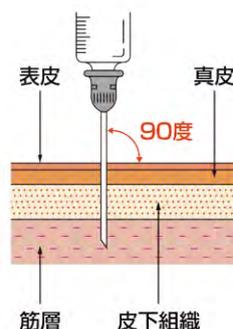


穿刺部位を中心から外側に向けて円を描くように、直径5cm以上の範囲を消毒綿で拭いてください。  
アルコールが乾燥するまで待ちます。

## 3 穿刺



利き手でシリンジを持ちます。  
注射部位周辺の皮膚を軽く広げるように伸展させてから三角筋の外縁に手を添えます。  
注射針を皮膚に約90°の角度で素早く刺してください。



大事なことは  
筋肉内に針を刺し、  
薬液を注入  
することです。

### 短いシリンジの場合



### 長いシリンジの場合



シリンジの持ち方に、決まりはありません。支持しやすい持ち方で接種してください。

## 注射針について

通常、太さ25G、長さ25mmのものを使いますが、年齢・体格に応じて、適切に筋肉内に接種できるものを選んでください。

高齢者など筋肉量の少ない人の場合は長さ16mmの針を。ただし、付け替える際に薬液が漏れたり汚染させないように十分な注意が必要です。



## 1 薬液を注入



三角筋には大きな血管がないので、陰圧をかけて血液の逆流を確認する必要はありません。

シリンジと注射針が安定するように工夫して持ち、適度な速度で注入してください。

## 2 抜針



穿刺部位に消毒綿をあて、素早く針を抜いてください。

### 3 消毒綿で注射部位を押さえる



接種後は揉まないで、軽く押さえます。抗凝固療法や抗血栓療法を受けている人には、最低2分間強めに押さえてもらいます。

### 4 使用済の針の処理



針刺し事故防止、および感染の危険があるため、針はリキャップせずに注射器ごとただちに専用廃棄容器に捨ててください。

### 5 接種直後に声かけをする



被接種者に終了したことを伝え、異常がないか声をかけてください。



接種後は、必ず手指消毒をしてください。  
手袋をしている場合は、手袋をはずして手指消毒をしてから、新しい手袋を着用してください。

## 接種後の注意

### 血管迷走神経反射

接種後は、血管迷走神経反射による失神や気分不良が起こる場合があります。観察室などへの移動にも注意してください。

### アナフィラキシー

アナフィラキシーが疑われる場合は、アドレナリン製剤が第一選択になります。事前に、用意しておく必要があります。

### 血管迷走神経反射とアナフィラキシーの特徴

	発症時期	症状
血管迷走神経反射	接種直後から	徐脈、 血圧低下
アナフィラキシー	接種数分後から	頻脈、皮膚症状 (膨疹、丘疹)、 血圧低下

#### ◆接種後の観察

観察室では、背もたれのある椅子で15分ほど休んでもらいます。即時型アレルギー反応やアナフィラキシーの既往のある接種者は、特に注意するために30分の経過観察が必要です。

#### ◆接種後の注意を伝えてください

##### 伝えること

- 接種日は激しい運動は控えてもらうこと。
- 入浴はかまわないこと。
- いつもと違う感じがしたら、接種担当医やかかりつけ医、相談センターに連絡し、予防接種をしたことを伝えて相談すること。



## 【接種】各レーンに看護師1人

- 1) レーンでペアを組む事務員を確認し、看護師と事務員で、ワゴンの物品の位置、接種時の介助等について打ち合わせをしてください。  
シリンジの定数（1レーン7本予定）の確認を行ってください。
- 2) 看護師は、ワゴンを押して被接種者のところに行きます。
- 3) 看護師は、被接種者より書類の入ったファイルを受取ります。
- 4) 氏名を言ってもらい、本人確認をし、予診票・禁忌物の確認を行ってください。  
※ここで、医師の自署がない場合は事務員を呼んでください。
- 5) 青い付箋がついている方には、非アルコール性の消毒を使用して下さい。
- 6) 接種後は、リキャップせず、針捨てボックスに捨ててください。
- 7) 接種が終わったら、座って待つようにお声掛けをお願いします。
- 8) ワクチンが入ったバットが無くなり、残り1つになった時点で、レーンの入れ替え時にバットを希釈室まで取りに行くよう事務員に伝えてください。

※接種の詳しい方法については別添資料をご参照ください。

### 予防接種を適切に実施するための間違い防止チェックリスト

（「新型コロナウイルス感染症に関する予防接種の実施に関する医療機関向け手引き」より抜粋）

#### 接種時の確認事項

- 1) ワクチンの種類及び有効期限を確認する。ワクチンを希釈した場合は、希釈した時間を記録し、接種時に使用期限内であることを確認する。
- 2) ワクチンの外観を確認する。
- 3) ワクチンの接種量を確認する。（ファイザーは0.3ml）
- 5) 接種を行う際に、針とシリンジが確実に接続されているか確認する。接種を行うときに、針とシリンジの接続部分を押さえることも考えられる。
- 4) 接種方法を確認する。
- 5) 針捨て容器を接種場所近くに設置し、接種を行った後速やかに使用済みの注射針を破棄する。

#### 接種後の確認事項

- 1) 使用済み注射器は適正に廃棄する。  
使用済み注射器を入れるトレイと、未使用注射器を入れておくトレイの置く場所を離したり、トレイの種類を変えるなど、両者が混在しないようにする配慮が必要である。必ず、リキャップせずにそのまま廃棄する。  
特設の接種会場で30人に接種後、使用済みの注射器の数を確認したところ29本しかなかったという事例がある。