都道府県医師会・郡市区医師会 御中

発行：公益社団法人日本医師会
発行日：2021 年 2 月 17 日

日本医師会 新型コロナウイルス ワクチン速報【第 2 号】

新型コロナウイルスのワクチンに関する現時点における確定情報を速報いたします。必要とされているにもかかわらず不確定な情報については、確定され次第、ご案内いたします。
新型コロナウイルスワクチン コミナティ（有効成分トジナメラン）が 2021 年 2 月 14 日に承認され、本日より先行接種がはじまりました。全国の国立病院機構・地域医療機能推進機構（JCHO）・労働者健康安全機構（労災病院）に勤務される医師や看護師等が先行接種の対象者です。対象の皆様におかれましては、接種後の健康状況調査にご協力お願いいたします。

【目次：第 2 号】

1. 予診票について
2. 先行接種者健康状態調査について
3. 基本型接種施設等への薬剤師の協力について

1. 予診票について

- 予診票が策定されました。
- 予診票は標準的な A4 サイズの標準的なコピー用紙に印刷します。右上にクーポン貼付け枠（縦 33.0～35.0mm×横 63.0mm）があります。日本医師会サイトのワクチン速報のページに掲載しました PDF を、印刷してそのままお使いいただけます。[厚生労働省「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施に関する手引き（第 2.0 版）」令和 3 年 2 月 16 日]

2. 先行接種者健康状態調査について

- 本日から開始される先行接種者のうち約 2 万人は、ワクチンの安全性を確認するため、国が実施する健康状態調査に協力します。
- この調査の結果は副反応や有害事象の発生率を調べることができ、その後の接種対象者への有益な情報となります。国はこの調査結果を迅速に集計し情報提供するとしています。[第 50 回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会、令和２年度第９回薬事・食品衛生審議会薬事分科会医薬品等安全対策部会安全対策調査会（合同開催）]

3. 基本型接種施設への薬剤師の協力について

- 公益社団法人日本薬剤師会から、基本型接種施設等に対する各地域の薬剤師による協力の申し出を受けました。
- 各自治体で検討が進められているところですが、地域の実情に応じたワクチン接種体制の構築に向けて、地域の薬剤師会への協力要請につきましてもご配慮ください。
- 薬剤師による支援業務については「新型コロナウイルスワクチンの接種体制の構築にかかる薬剤師の協力について」（令和 3 年 2 月 15 日付 日医発 1128 号）をご参照ください。

問合わせ窓口	健康医療第２課 k2@po.med.or.jp 薬務対策室 yakumu@po.med.or.jp

加八潮医師会 収受 3.2.17 第1353号

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

(クーポン貼付)

住民票に記載されている住所	都道府県　市区町村		
フリガナ / 氏名		電話番号	(　　)　－
生年月日(西暦)	□□□□年□□月□□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)	□はい	□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。	□はい	□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。	□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	
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薬(　)□その他(　)	□はい	□いいえ	
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	
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	
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	
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	
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。 種類(　)　症状(　)	□はい	□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。	□はい	□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(　)	□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		医師署名又は記名押印
	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) 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。 □　被接種者は6歳未満である(該当する場合は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

(※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。
	※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 2021年□□月□□日

日医発1128号(地520)(健II488)

令和３年２月１５日

都道府県医師会長　殿

公益社団法人　日本医師会

会長　中　川　俊　男

新型コロナウイルスワクチンの接種体制の構築にかかる薬剤師の協力について

今般、厚生労働省健康局健康課長および同省医薬・生活衛生局総務課長より公益社団法人日本薬剤師会に対し、標記の通知が発出されるとともに、両課より本会に対して了知方依頼がありました。

本通知では、「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施に関する手引き」（令和３年１月２１日付け（健Ⅱ473F））に記載のある薬液充填作業については、その経験を有する薬剤師や薬液充填にかかる研修等を受けた薬剤師にご協力いただくことが望ましいことが示されております。

また、接種会場での薬剤師の活動としましては、日本薬剤師会におきまして、「薬液充填を担当するほか、必要な医薬品の管理（ワクチンの検収や小分けの管理・監督を含む）、医師との連携の下で予診の前に必要に応じ服用中の薬剤等の確認、会場となる施設の消毒や換気に関する助言・相談対応等」を想定しております（参考として日本薬剤師会の文書を添付しております）。

つきましては、貴会におかれましても、各地域の実情に合った体制の構築に向けて、地域の薬剤師会との連携にご配慮方宜しくお願い申し上げます。