

会 長	副 会 長	庶務理事	会計理事	事務局長
次 長	課 長	係 長	担 当	受 付
				岡 林



(健Ⅱ117F)  
令和3年6月1日

都道府県医師会

感染症危機管理担当理事 殿

日本医師会感染症危機管理対策室長  
釜 菴 敏

### 新型コロナウイルスに係る予診票の様式変更について

新型コロナウイルス感染症のワクチン接種における、効率的かつ効果的な問診の実施に当たっての留意事項や参考情報については、令和3年5月27日付「新型コロナウイルスワクチン接種における予診時の確認について」（健Ⅱ109F）をもってお知らせいたしました。

今般、何らかの病気で診療を受けている被接種者が、かかりつけ医に確認せずに接種を希望した場合でも、予診および接種を円滑に受けることができるよう、予診票の様式変更を行い、接種にあたっての参考情報を示す旨、厚生労働省より各都道府県等衛生主管部（局）宛て標題の事務連絡がありましたので、ご連絡申し上げます。参考情報の概要は下記の通りです。

つきましては、貴会におかれましても郡市区医師会および関係医療機関に対する情報提供についてご高配のほどお願い申し上げます。

#### 記

- 「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たか」の設問について、事前に医師への問い合わせが必須であるとの誤解が生じている例があることを踏まえ、当該設問を削除した予診票が示されたこと。
- 「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」の設問に「はい」と回答した接種希望者に対しては、予診医は接種要注意者としての注意事項に留意しながら接種の可否を判断すること。
- すでに印刷や配布が行われている場合等においては、従来の予診票も引き続き使用可能であること。当該設問への回答が「いいえ」または空欄となっている接種希望者については、予診医が接種可能と判断した場合は接種可能であること。
- 予診時の参考となる「予診票の確認のポイント」が併せて改訂されていること。

(別 添)

新しい予診票の様式

「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」

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine\\_yoshinhyouetc.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine_yoshinhyouetc.html)

事務連絡  
令和3年5月28日

各〔都道府県〕  
〔市町村〕 衛生主管部（局） 御中  
〔特別区〕

厚生労働省健康局健康課予防接種室

### 新型コロナワクチンに係る予診票の様式変更について

新型コロナウイルス感染症のワクチン接種につきましては、多大なるご尽力をいただいているところであり、深く感謝いたします。

効率的かつ効果的な問診の実施に当たっての留意事項や参考情報については、令和3年5月25日付事務連絡「新型コロナワクチン接種における予診時の確認について」（別添）によりお示ししているところです。

今般、何らかの病気で診療を受けている被接種者が、かかりつけの医師に確認せずに接種を希望した場合においても、予診および接種を円滑に受けることができるよう、予診票の様式変更を行いました。

つきましては、以下の通りお示ししますので、接種に当たって参考にするとともに、管内の医療団体・医療機関への周知をお願いいたします。

### 記

- 「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」の設問があることにより、事前に医師への問い合わせが必須であるとの誤解を生じている例があること等を踏まえ、円滑な接種に資するよう、今般、当該設問を削除した予診票をお示しすることとしました。
- 「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。」の設問に「はい」と回答した接種希望者に対しては、予診医は接種要注意者としての注意事項に留意しながら、接種の可否を判断します。
- 既に印刷や配布が行われている場合等においては、従来の予診票も引き続き使用可能です。その場合、「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。」の設問が「いいえ」または空欄となっている接種希望者については、予診医が接種可能と判断した場合は接種可能です。

- 予診医や予診票の確認等に従事する職員等に予診時の参考にしていただく「予診票の確認のポイント」を併せて改訂しましたので、ご参照ください。

※新しい予診票の様式、「新型コロナワクチン 予診票の確認のポイント Ver2.1」については、厚生労働省ホームページからダウンロードすることができます。  
([https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine\\_yoshinhyouetc.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine_yoshinhyouetc.html))

# 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。

※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  
※左図に合わせ、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															
氏 名			電話 番 号	( ) -											
生年月日 (西暦)	□□□□	年	□□	月	□□	日	生 (満	□□	歳)	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 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 )	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。 <input type="checkbox"/> 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 202□年 □□月 □□日

# 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。

※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  
※左側に合わせ、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 府 県 町 村	
フリガナ	電話 番 号	( ) -
氏 名		
生年月日 (西暦)	年 月 日 生 (満 歳)	<input type="checkbox"/> 男 · <input type="checkbox"/> 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 )	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	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> 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 202 年 月 日

別添

事務連絡  
令和3年5月25日

各都道府県・市町村・特別区 衛生主管部（局） 御中

厚生労働省健康局健康課予防接種室

### 新型コロナウイルスワクチン接種における予診時の確認について

新型コロナウイルス感染症のワクチン接種につきましては、多大なるご尽力をいただいているところであり、深く感謝いたします。

効率的かつ効果的な問診の実施に当たっての留意事項や参考情報について、別添の事務連絡によりお示ししているところです。何らかの病気で診療を受けている被接種者の予診時の取り扱い及びその考え方について、更に明確化することで円滑な接種に資するよう、以下の通りお示ししますので、接種に当たって参考にするとともに、管内の医療団体・医療機関への周知をお願いいたします。

#### 記

- 予診票の「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」の設問に「いいえ」と回答した接種希望者のうち、かかりつけの医師に確認せずに接種を希望した場合についても、予診医が接種可能と判断した場合は接種可能です。
- 被接種者が、病状に応じ、自らかかりつけ医師への受診時に接種の相談をすることは望ましいと考えられるものの、市町村が、被接種者に対し、かかりつけの医師に接種の可否を必ず予め確認するよう一律に求めるものではありません。
- 予診票が正確に記入されているか、看護師や事務職員等が医師の予診に先立って確認し、留意すべき回答の有無を明確にしておくことで、円滑な予診に資すると考えられます。
- 接種希望者が基礎疾患を有していたり、服薬をしている場合であっても、接種の判断や接種後の処置に影響する状況は限られており、予診において、そうした状況に該当するかどうかを判断できれば足りるものであり、接種希望者の有する疾患や服薬内容を全て明らかにすることを要するものではありません。なお、こうした状況に該当するかどうかの判断の参考にさせていただくよう「予診票の確認のポイント」をお示ししているのでご参照ください。

(別添)

「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種における問診等の予診に関する留意事項について」(厚生労働省健康局健康課予防接種室・厚生労働省医政局医事課事務連絡令和3年3月31日)

「新型コロナワクチン予診票の確認のポイント Ver2.0について」(厚生労働省健康局健康課予防接種室事務連絡令和3年5月21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。



#### 4 接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。

##### 確認のポイント

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。

##### 確認のポイント

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がありますが、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。

##### 確認のポイント

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、接種不適当者にはなりません。

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、接種不適当者に該当します。

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、接種不適当者にはならず、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、接種不適当者に該当します。

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価経口弱毒生ロ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に対応できる内容であれば、当該担当者等に対応できます。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～**

●接種不適当者の「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）