

とちぎワクチン接種センター
追加接種（3回目）
運営マニュアル
（医療従事者用）

会場：ビバモール足利堀込

実施日：令和4年2月5日（土）～

第1版

（令和4年2月2日）

< 緊急時の連絡先 >

とちぎワクチン接種センター
接種会場責任者

TEL 070 - 4430 - 7012

1. 会場案内

各部屋のご案内

- ・接種会場：セリア様とPCデポ様との間のテナント（下図参照）
- ・スタッフ控室：接種会場から見て北東方向（下図参照）
- ・更衣スペース：本部裏手（フィッティングルーム）

控室は施錠しませんので貴重品は身につけていただくか、スタッフ用ロッカー室内の鍵付きロッカーを利用いただくようお願いいたします。

各ブース内に荷物置・衣類ハンガーは設置してあります。

駐車場について

< 医師 >

- ・接種会場の裏手（下図参照）に駐車可能です。なお、カラーコーンが置いてありますので、端に寄せて駐車願います。

< 看護師及び薬剤師 >

- ・スタッフ駐車場（下図参照）にお停めください。

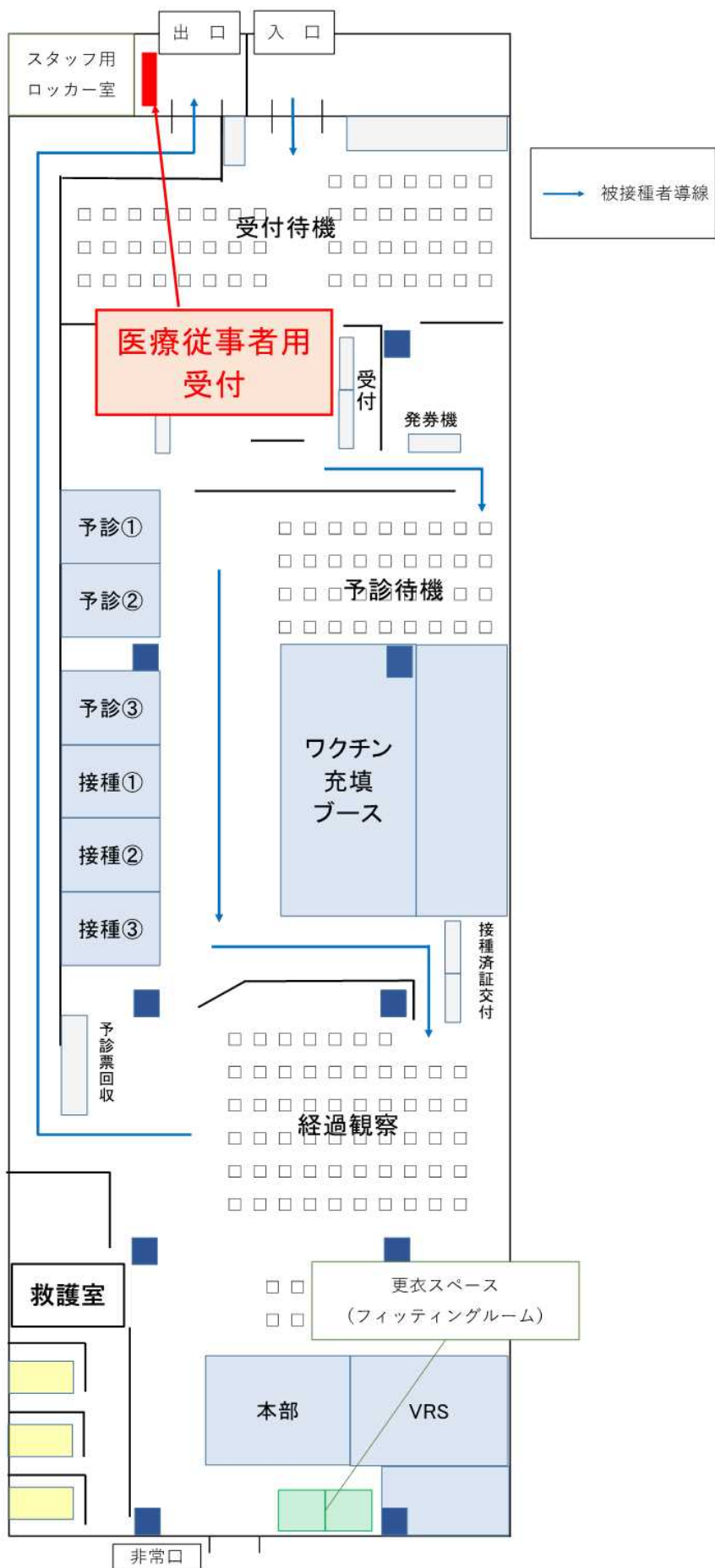
< 敷地平面図 >



留意事項

- ・当日は、顔写真付き身分証（運転免許証等）を提示し、受付してください。
医療従事者用受付を接種会場出口付近に設置しますので、出口から入ってください（次頁図参照）。
- ・医師及び看護師については、準備を済ませて、業務開始時間 15 分前に接種会場に集合してください。
- ・薬剤師については、業務開始 10 分前から受付を開始しますので、受付を済ませたら速やかにワクチン充填ブース（接種会場内）に集合してください。
- ・お食事は各自ご用意をお願いします。（スタッフ控室は飲食可です。冷蔵庫、電子レンジ、ポットをご用意しています。）
- ・食事等で出たごみは各自お持ち帰りください。

接種会場平面図



2. 医療スタッフ（医師、看護師、薬剤師）共通事項

接種するワクチンについて

- ・当会場では、主にモデルナ社ワクチンの追加（3回目）接種を行います。

服装について

- ・動きやすい服装でお越してください。履物は事故等の防止のためサンダル等はお止めください。
- ・必要に応じて、白衣や聴診器はご持参ください。
- ・予診医師、接種・接種補助看護師、薬剤師は名札をご用意しますので着用していただきます。
- ・接種・接種補助看護師以外の看護師はビブスを着用していただきます。
- ・業務に必要なサージカルマスク及びニトリル手袋は接種会場をご用意します。
- ・フェイスシールド・ガウン・エプロンもご用意していますので、適宜使用してください。

業務内容等について

- ・医師及び看護師については、業務開始 15 分前に当日の連絡事項を接種会場責任者（県職員）から伝達いたします（薬剤師を除く）。
- ・薬剤師については、受付後、業務開始時間までにワクチン充填ブースに集合してください。集合後、連絡事項を県職員から伝達します。

【医師】予診、救護への対応、接種時の事故への対応

【看護師】相談対応、接種・接種補助、接種後の経過観察、救護対応

【薬剤師】ワクチン管理、シリンジ充填

保障等について

- ・東京海上日動火災保険(株)の傷害保険・賠償責任保険に加入しております。

3. 医師

予診

- ・ ~ のいずれかのブースにて問診をお願いします。
- ・準備が整いましたら被接種者（又は事務スタッフ）に対し、声をかけて入室を促してください。
- ・基礎疾患等、気になる項目がある方は予診票を赤いクリアファイルに入れてお渡ししています。
- ・「予診票の確認のポイント」（P.14）を参考にいただき予診ください。

○予診時に確認する主な内容

- ・現在何らかの病気にかかって治療（投薬など）を受けているか。
- ・最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしたか。
- ・薬や食品などで、重いアレルギー症状を起こしたことがあるか。
- ・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るか。
- ・2週間以内に予防接種を受けたか。

- ・過去に食品・医薬品アレルギー、即時型のアレルギー反応を起こしたことがある方等で慎重な判断の結果、接種可能とした方は「健康観察30分のスタンプ」、血が止まりにくい病気のある方や抗凝固薬・抗血小板薬等を服用している方は「止血注意のスタンプ」、血管迷走神経反射の恐れがあり臥床接種を行う方は「ベッド上接種のスタンプ」を予診票に押してください。

○接種可能の場合

予診票の医師記入欄の「可能」に☑をし、署名又は記名押印（2か所）のうえ予診票を本人に渡し、接種ブースへ移動するよう指示してください。

○接種不可の場合

接種不可の理由を本人にご説明ください。

体調が落ち着けば再予約により接種が可能なのか、接種自体を見送ったほうがよいのか等、今後の接種についての御説明もお願いします。

予診票の医師記入欄の「見合わせる」に☑をし、署名（1か所）のうえ「予診のみのスタンプ」を押印して予診票を本人に渡し、接種ブース誘導係に声をかけるよう指示してください。

なお、再予約により接種が可能な場合は、会場内で再予約が可能ですので、「再予約のスタンプ」を押印して何日後に接種可能か本人に御説明をお願いします。

救護への対応

- ・接種時の体調不良や健康観察中のアナフィラキシーの症状等により医師の診察が必要な場合は、対応をお願いします。
- ・予診中であっても問診を中断し、ご対応をお願いします。予診中の被接種者は別のブースに事務スタッフが案内します。
- ・救護等の処置を行った場合、診療録や副反応に関する報告書「予防接種後副反応疑い報告書」（P.44）を作成していただきます。

アナフィラキシーの診断・治療については、（P.35）を参照してください。

接種時の事故への対応

- ・接種時に針刺し事故や間違い接種が発生した場合には、予診医師に対応をお願いします。

4. 看護師

相談対応

- ・受付時、予診事前確認において医療的な相談があった場合、事務スタッフが案内しますので、相談内容をお聞きいただき、ご対応ください。
- ・別添「予診票確認フロー」(P.24)を参考にしてください。
- ・相談内容をお聞きいただき、医師に回答をお願いする場合は予診票に内容を記載した付箋を添付してください。

接種不適合者

明らかな発熱を呈している。

重篤な急性疾患にかかっていることが明らかである。

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。

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

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者

予防接種で接種後2日以内に発熱のみられた者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者

過去にけいれんの既往のある者

過去に免疫不全の診断がされている者及び近親者に先天性免疫不全症の者がいる者

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者

バイアルのゴム栓に乾燥天然ゴム(ラテックス)が含まれている製剤を使用する際の、ラテックス過敏症のある者

接種・接種補助

- ・ワクチン接種は ~ いずれかのブースにて行います。
- ・接種者と接種補助者は適宜交代してください。
- ・ワクチンのロット切替え時は、全体を一時停止しますので事務スタッフの指示に従ってください。

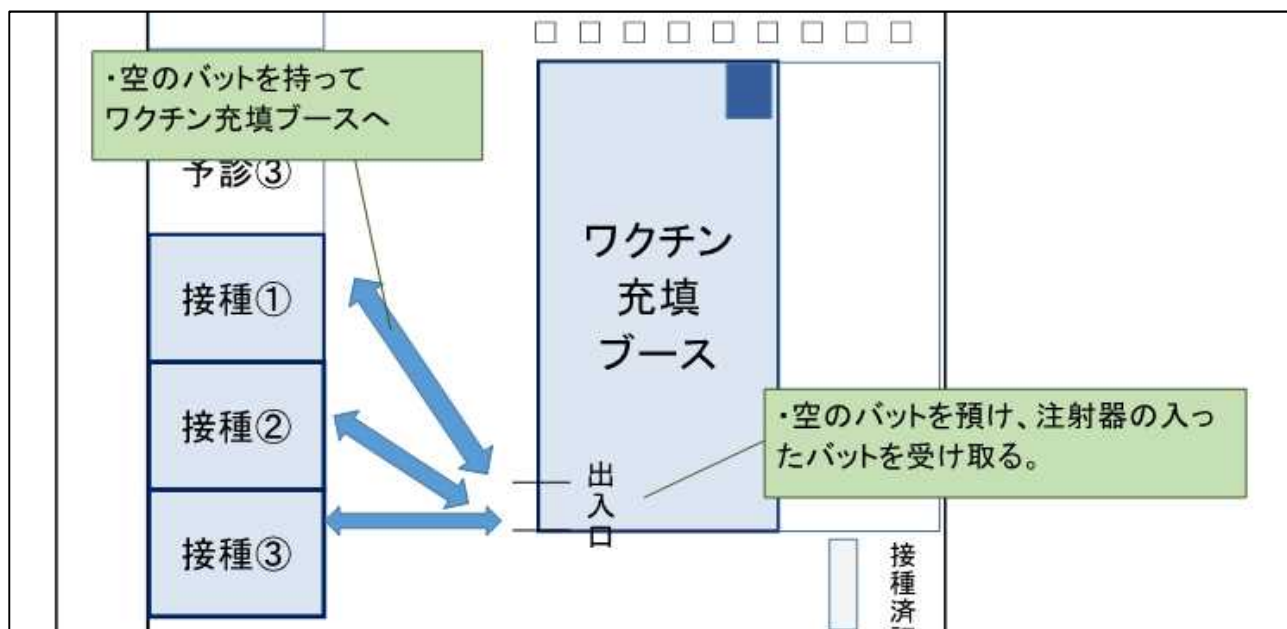
【接種者】

- ・「医療従事者のための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」(P.25)を参考にいただきワクチン接種をしてください。(手指消毒や手袋交換は必要に応じて適宜実施)
- ・過緊張、採血等で気分が悪くなったことがある人など、横になって接種した方がよいと判断される方は、救護室内のベッドを使用して接種してください。(該当者は予診票にスタンプ有り)
- ・止血注意の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。(該当者は予診票にスタンプ有り)
- ・接種直後に、異常がないか声かけをしてください。

【接種補助者】

- ・準備が整いましたら被接種者（又は事務スタッフ）に対し、声をかけて入室を促してください。
- ・ファイルを受け取り予診票に「接種の可否」と「医師の署名」があるか確認します。
- ・以下の4点を聞き取り、問題がある場合は接種者に伝えます。
 - 本人確認（氏名と生年月日を被接種者から聞き取り）
 - アルコール消毒の可否
 - 接種部位についての問題（接種不可部位の例：片麻痺、乳がん、腋下リンパ節郭清術等）
 - 血管迷走神経反射の確認（過去に採血などで気分不快や失神したことがあったか）
- ・止血注意（予診票にスタンプ有り）の方は接種者に口頭で伝達します。
- ・健康観察の終了時間（15分または30分後の時刻）を待機時間確認書に赤字のサインペンで記入して渡し、接種済証発行ブースへ進むよう指示します。（30分の方は予診票にスタンプ有り）
- ・手袋等の在庫は机の下に用意しています。なお、在庫が切れた場合は、事務スタッフにお伝えください。
- ・ワクチン充填済の注射器は1バットにつき基本的に20本セットしていますので、接種ブース内の在庫がなくなったときは、次のルートを通して、ワクチン接種ブースにて空バットを返却の上、新しいバットをお持ちください（在庫の状況に応じて1箱又は2箱）。

<ワクチン補充ルート>



<注射器の破損等の事故対応>

- ・接種するまでに破損等の事故が発生した場合は、付箋に「当該バット分のロス本数、発生時間、内容、接種ブース番号」を記入し返却する空のバットに貼付してワクチン充填ブースの薬剤師又は接種会場責任者（県職員）にお伝えください（なお、破損した注射器については、そのまま注射器用ごみ箱に廃棄）。

< 針刺し事故が発生した場合の対応 >

- ・速やかに流水と石鹸で十分に洗浄してください。
- ・接種補助者は被接種者をブース内に留め置き、事務スタッフに対し接種を中断する旨伝え、接種会場責任者（県職員）に報告してください。
- ・事務スタッフに対し接種を中断する旨伝え、接種会場責任者（県職員）に報告してください。
- ・ブース備え付けの「針刺し事故報告書」（P.47）を記入し、接種会場責任者（県職員）に提出してください。

事故発生時の対応については、「針刺し事故対応マニュアル」を参照してください。

< 間違い接種が発生した場合の対応 >

- ・直ちに接種を中断し、被接種者をブース内に留め置き、接種会場責任者（県職員）に報告してください。
- ・事務スタッフに対し予診及び接種を中断する旨伝え、予診医師に対応を相談してください。
- ・ブース備え付けの「間違い接種報告書」（P.48）を記入し、接種会場責任者（県職員）に提出してください。

健康観察

- ・健康観察中に具合が悪くなった方、事務スタッフから相談があった方への対応をお願いします。（健康観察 30 分の方は特に注意）
- ・過去に採血等で気分が悪くなる又は失神等を起こしたことがある者については、なるべく立ち上がらないように指導し、被接種者の状態を観察してください。
- ・パルスオキシメーターや血圧計（上腕用）は適宜使用してください。
- ・必要があれば、救護室へ案内してください。担架等を使用する必要がある場合は、事務スタッフに協力を依頼してください。
- ・また、医師の診察が必要な場合は、副反応等対応担当医師に症状の説明を行ってください。

救護対応

- ・施設内にある車椅子、A E D の設置場所、救護室に準備されている応急処置物品を確認します。
- ・被接種者の体調に異変が起きた場合は、速やかに救護室のベッドに臥床させることができるよう準備してください。
- ・救護が必要な方の応急処置を行います。症状が重いなど、医師の診察が必要な場合は、副反応等対応担当医師を救護室へ案内するよう事務スタッフに依頼します。
- ・医師の診察を受けた被接種者の症状が改善し帰宅する場合には、医師の診察を受けてから帰宅することとします。
- ・使用した物品は消毒します。消耗物品の補充については、接種会場責任者（県職員）に伝達をお願いします。
- ・救護室を利用した場合（臥床接種を除く）には、「新型コロナワクチン予防接種後体調不良者報告書」（P.49）を記入し、接種会場責任者（県職員）に提出してください。

応急治療措置

(1) アレルギー反応への対応

- ・ 観察時間内に、注射部位以外の皮膚、粘膜症状（蕁麻疹、皮膚の発赤、紅潮、唇・舌・口蓋垂の腫脹や刺激感、目のかゆみ・眼瞼腫脹、くしゃみ・鼻汁・鼻のかゆみ・鼻閉などの鼻炎症状。アレルギー性鼻炎患者は明らかな症状の増強）が出現した場合は、医師の指示に従い、対応する。
- ・ 症状が改善しない場合には、医療機関への受診を促す。

(2) アナフィラキシーの診断

ワクチン接種後30分以内あるいは(1)のアレルギー反応の観察中に、以下のうち2つ以上の症状が発現した場合には、アナフィラキシーと診断し(3)の対応をする。

- ・ (1)のアレルギーを疑わせる皮膚、粘膜症状
- ・ 気道、呼吸器症状（喉頭閉塞感、呼吸困難、喘鳴、強い咳嗽、低酸素血症状）
- ・ 強い消化器症状（腹部痙痛、嘔吐、下痢）
- ・ 循環器症状（血圧低下、意識障害）

(3) アナフィラキシーへの対応：救急処置物品一覧は(P.11)

- ・ アナフィラキシー発症時は急に座ったり立ち上がったたりする動作を禁止する。
- ・ 原則として、仰臥位で下肢を挙上させるが、嘔吐や呼吸促（窮）拍の場合には、本人が楽な姿勢にする。
- ・ バイタルサインの確認（血圧、血中酸素飽和度）
- ・ 気道を確保、酸素吸入。
- ・ アナフィラキシーの第一選択治療はアドレナリンの筋肉注射であり、絶対的禁忌は存在しない。「アナフィラキシーが疑われた」時点で可能な限り素早く大腿部中央の前外側等にアドレナリン（0.01mg/Kg、最大 0.5mg）の筋肉内注射を実施する（誤って血管内投与はしないように気をつける）。なお、年齢、症状により適宜増減する。
- ・ 初期対応で症状が安定しても二相性反応の発生に備えて対応できる医療機関へ搬送する。
- ・ 救急処置の内容を診療録に記録し、予診票の写しと共に保存する。
- ・ 搬送措置となる場合は、救急措置の内容を救急医療機関に申し送る。
- ・ 予防接種後副反応疑いの報告書を記載し、(独)医薬品医療機器総合機構へ報告する。

(4) 針刺し事故等への対応

- ・ 接種時に針刺し事故が発生した場合には、予診を担当した医師に対応をお願いします。

■ 初期対応の手順

- 1 バイタルサインの確認**
 循環、気道、呼吸、意識状態、皮膚、体重を評価する。


- 2 助けを呼ぶ**
 可能なら蘇生チーム（院内）または救急隊（地域）。


- 3 アドレナリンの筋肉注射**
 0.01mg/kg（最大量：成人0.5mg、小児0.3mg）、必要に応じて5～15分毎に再投与する。


- 4 患者を仰臥位にする**
 仰向けにして30cm程度足を高くする。
 呼吸が苦しいときは少し上体を起こす。
 嘔吐しているときは顔を横向きにする。
 突然立ち上がったたり座ったりした場合、数秒で急変することがある。


- 5 酸素投与**
 必要な場合、フェイスマスクか経鼻エアウェイで高流量（6～8L/分）の酸素投与を行う。


- 6 静脈ルートの確保**
 必要に応じて0.9%（等張/生理）食塩水を5～10分の間に成人なら5～10ml/kg、小児なら10ml/kg投与する。


- 7 心肺蘇生**
 必要に応じて胸部圧迫法で心肺蘇生を行う。


- 8 バイタル測定**
 頻回かつ定期的に患者の血圧、脈拍、呼吸状態、酸素化を評価する。



日本アレルギー学会（監修）：アナフィラキシーガイドライン（2014）より引用

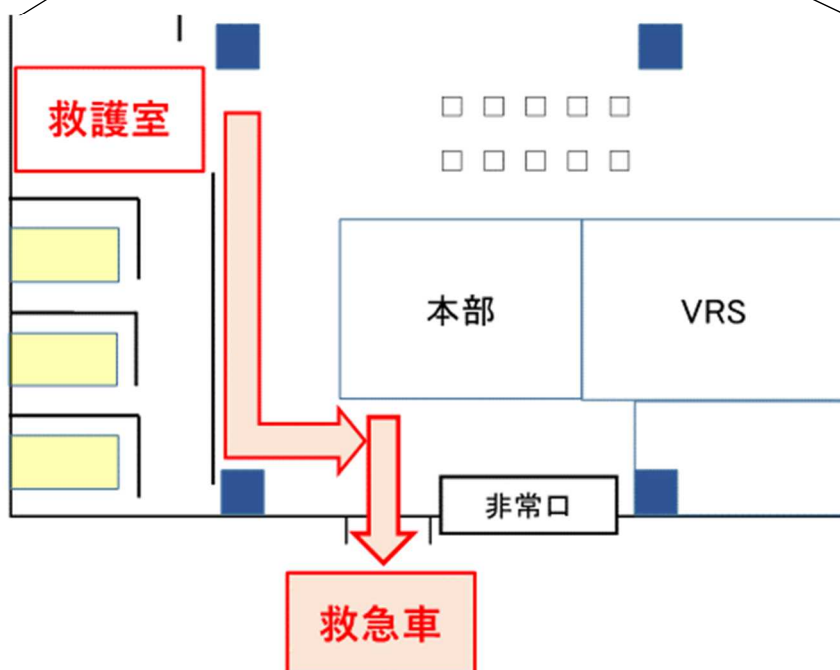
アナフィラキシーの診断・治療については、（P.35）を参照してください。

(4) 搬送措置

- ・ 緊急搬送については、接種会場の医師の判断に従い、接種会場責任者（県職員）が119番通報を行う。
- ・ 119番通報時には、「ビバモール足利堀込の栃木県ワクチン接種会場です」と伝える。
- ・ 119番通報後に足利赤十字病院に架電し、医師から症状を伝えた上で受け入れ可能か確認する。受け入れ可能の場合は、到着した救急隊員に足利赤十字病院が受け入れ可能であることを伝える。受け入れ不可の場合は、通常どおり救急隊員が搬送可能な医療機関を探すこととし、必要に応じて医師から搬送先の医療機関に症状を伝える。
- ・ 救急対応時に疑義が生じた場合は、医師が下記連絡先（二次救急病院）に相談する。
- ・ 接種会場責任者（県職員）は搬送ルートの確保、及び救急車到着場所への誘導を行う。

< 病院連絡先 >

足利赤十字病院 TEL:0284-21-0121（代表）



【接種会場の救急処置物品一覧】

	内容	備考
1	椅子	
2	時計	
3	血圧計（上腕用）	
4	パルスオキシメーター	
5	救急ベッド（折畳式）	
6	生理食塩水 500mL、100mL	
7	アドレナリン注射薬	アドレナリン注 0.1%シリンジ「テルモ」
8	ヒスタミン H1 受容体拮抗薬	アレグラ OD 錠 60mg ネオレスタール注射液 10mg
9	副腎皮質ステロイド薬注射薬	ソル・コーテフ注射用 100mg
10	静脈路確保用品・輸液セット	
	留置針（20G・22G・24G）	
	注射針（23G・24G）	
	翼状針（23G）	
	シリンジ 5mL	
	駆血帯	
	はさみ	
	固定用テープ	
	三方活栓付き延長チューブ	
	点滴台	
11	救急用品	
	リザーバー付きアンビュー	
	酸素ボンベ、レギュレーター	
	フェイスマスク	
	鼻カニューレ	
12	AED	
13	消毒用アルコール綿	
14	手指消毒剤（医師・看護師用）	
15	器具消毒用アルコールスプレー	
16	消毒液（吐しゃ物等処理）	次亜塩素酸
17	N95 マスク	
18	使い捨てガウン	
19	ニトリル手袋(SML)	
20	舌圧子（使い捨て）	
21	膿盆	
22	聴診器	
23	ペンライト	
24	ペーパータオル	
25	外傷用ガーゼ等	
26	医療廃棄物ボックス	
27	針捨てボックス	
28	携帯型吸引器	

5. 薬剤師

ワクチン管理

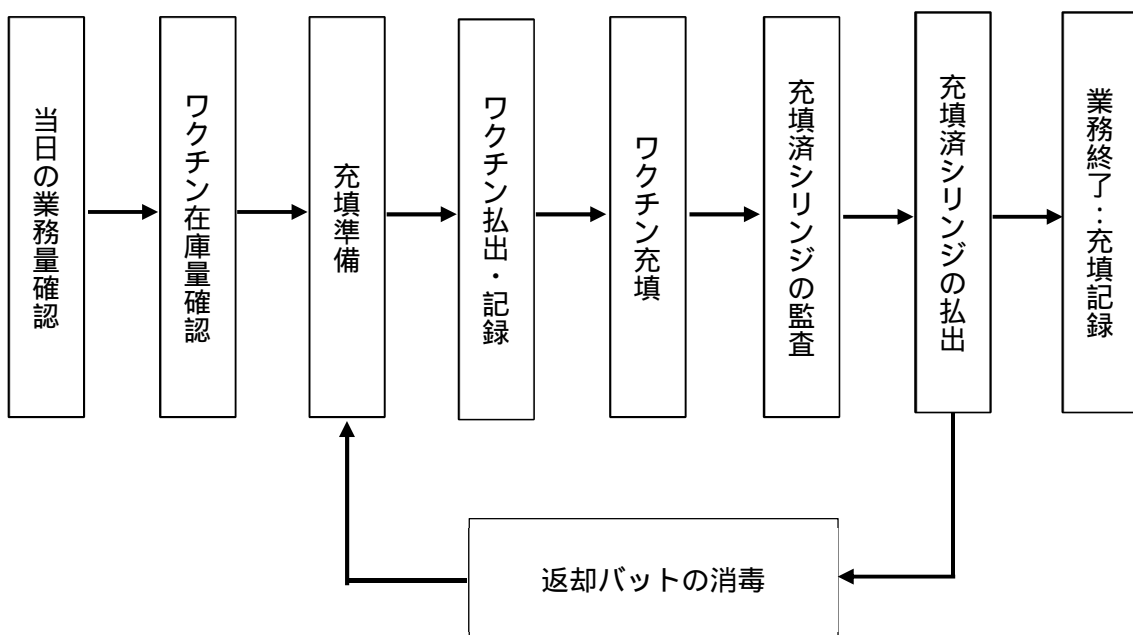
- ・当日分のワクチン（バイアル）は、会場内保冷庫内に保管してあります。
- ・ワクチンはロット番号毎に在庫管理し、**前のロット**を使い終わってから**次のロット**を使ってください。
- ・ワクチンの保存条件は以下のとおりです。
遮光のため、室温に戻すバイアルと充填したシリンジは、蓋付きバットで保管し、再凍結はしないでください。

保管状態		有効期間	
解凍前	冷凍（ -20 ± 5 ）保管	9 か月間（製造日から）	
解凍後	穿刺前	冷蔵（2-8）保管	30 日間
		室内（8-25）保管	24 時間
	穿刺後	冷蔵・室内（2-25）保管	12 時間

シリンジ充填

- ・接種予定者（1時間分）に必要なワクチン（バイアル）を保冷庫から取り出したら、記録してください。
 - ・取り出したワクチン（バイアル）は、遮光し常温（15～25）で15分放置してください。
 - ・吸引の際には、バイアル中の薬液が混和されていること、異物等が無いことを確認してください。
 - ・シリンジに注射針を差し込み、ワクチン（0.25mL）を吸引してください。
 - ・充填したシリンジは、蓋付きバットに入れて、指定の場所に払い出してください。
- ワクチン管理や充填については、別途資料を参照してください。

業務の流れ



新型コロナワクチン接種の予診票 (追加接種用)

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

住民票に記載されている住所	都道府県	市区町村	診察前の体温を確認してください	
フリガナ	氏名	電話番号	診察前の体温	度 分
生年月日(西暦)	年 月 日 日生(満 歳)	男・女		
質問事項	回答欄	医師記入欄		
接種日(1回目: 年 月 日 2回目: 年 月 日) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 接種後、現時点で体調不良(発熱、頭痛、倦怠感、嘔吐、下痢、アレルギー症状等)はありますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 新型コロナウイルスワクチン接種券又は右記の接種券(接種券)を読み、効果や副作用について説明を受けましたか。 <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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 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 <input type="checkbox"/> 免疫不全 <input type="checkbox"/> 毛細血管漏出症候群 <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()	予診の結果、接種後の健康観察が30分必要と判断した場合、医師記入欄にスタンプを押してください	健康観察 30分		
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。 <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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 薬・食品など原因になったもの()	接種後の止血注意必要と判断した場合、医師記入欄にスタンプを押してください	止血注意		
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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 薬・食品など原因になったもの()	接種後の止血注意必要と判断した場合、医師記入欄にスタンプを押してください	ベッド上接種		
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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 薬・食品など原因になったもの()	接種後の止血注意必要と判断した場合、医師記入欄にスタンプを押してください	臥床接種をする場合、医師記入欄にスタンプを押してください		
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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 薬・食品など原因になったもの()	接種後の止血注意必要と判断した場合、医師記入欄にスタンプを押してください	接種の可否 署名(フルネーム)又は氏名印(ゴム印)と捺印		
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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 薬・食品など原因になったもの()	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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 薬・食品など原因になったもの()	医師署名又は記名押印 栃木 太郎		
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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 薬・食品など原因になったもの()	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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 薬・食品など原因になったもの()	接種を見合わせる場合、スタンプを押してください		
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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 薬・食品など原因になったもの()	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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 薬・食品など原因になったもの()	当日体調不良により接種を見合わせる場合は、会場内で再予約を行うため、スタンプを押し体調回復に要する見込み日数を記入してください		
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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 薬・食品など原因になったもの()	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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 薬・食品など原因になったもの()	接種が可能な場合、署名(フルネーム)又は氏名印(ゴム印)		
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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 薬・食品など原因になったもの()	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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 薬・食品など原因になったもの()	予診のみ 再予約 7日後		
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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 薬・食品など原因になったもの()	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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 薬・食品など原因になったもの()	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日 202 年 月 日		
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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 薬・食品など原因になったもの()	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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 薬・食品など原因になったもの()	医師名 栃木 太郎		