

東かがわ市告示第119号

東かがわ市新型コロナウイルス感染症予防接種実施要綱の一部を改正する告示を次のように定める。

令和8年9月1日

東かがわ市長 上村 一郎

東かがわ市新型コロナウイルス感染症予防接種実施要綱の一部を改正する告示

東かがわ市新型コロナウイルス感染症予防接種実施要綱（令和6年東かがわ市告示第105号）の一部を次のように改正する。

次の表の改正前の欄に掲げる規定を同表の改正後の欄に掲げる規定に下線で示すように改正する。

改正後

様式第1号（第5条関係）

東かがわ市新型コロナウイルス感染症予防接種予診票

診察前の体温	度	分
生年月日		
年齢・性別	満歳	か月（男・女）
電話番号		

質問事項	回答欄	医師記入欄
今回受ける新型コロナウイルス感染症の予防接種について市から送られている説明書を読みましたか。	はい	いいえ
今回の予防接種の効果や副反応等について理解しましたか。	はい	いいえ
現在、体に具合の悪いところがありますか。	いいえ	はい
具体的な症状（ ）	いいえ	はい
現在、何か病気にかかっていますか。病名（ ）	いいえ	はい
治療（投薬等）を受けていますか。	いいえ	はい
その病気を診てもらっている医師に今回の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい	いいえ
1か月以内に熱が出たり、病気がかかったりしましたか。	いいえ	はい
病名（ ）	いいえ	はい
1か月以内に予防接種を受けましたか。	いいえ	はい
予防接種の種類（ ）	いいえ	はい
これまでに心臓・腎臓・肝臓・血液等の病気がかかったことがありますか。	いいえ	はい
病名（ ）	いいえ	はい
免疫不全と診断を受けたことはありませんか。	いいえ	はい
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。	いいえ	はい
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	いいえ	はい
薬・食品名（ ）	いいえ	はい
新型コロナウイルス感染症の予防接種を受けたことはありませんか。	いいえ	はい
その際に具合が悪くなったことはありませんか。	いいえ	はい
新型コロナウイルス感染症以外の予防接種を受けた際に、具合が悪くなったことがありますか。	いいえ	はい
予防接種の種類（ ）	いいえ	はい
今日の予防接種について質問がありますか。	いいえ	はい

医師記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（実施できる・見合わせた方がよい）と判断します。
接種を受ける者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。

医師記名

接種を受ける者の記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度等について理解した上で、接種することにより（同意します・同意しません）。
（※この中のどちらかのみで記入してください。）

この予診票は、予防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、本予診票を市に提出することに同意します。

接種を受ける者の自署

代筆者氏名

読柄

（※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び接種を受ける者の姓欄を記入）

ワタナベ氏名	接種場所・接種年月日	実施場所・医師名・接種年月日
ワタナベ氏名	市内内接種	実施場所
Lot No.	医師名	医師名
（注）有効期限が切れていないか要確認	接種年月日	令和 年 月 日

（印字取り）

東かがわ市新型コロナウイルス感染症予防接種済証

（本人控え用）

被接種者氏名

姓

実施場所

ワタナベ氏名／ロット番号（ ）

医師名

接種年月日

令和 年 月 日

香川県東かがわ市長

改正前

様式第1号（第5条関係）

東かがわ市新型コロナウイルス感染症予防接種予診票

診察前の体温	度	分
生年月日		
年齢・性別	満歳	か月（男・女）
電話番号		

質問事項	回答欄	医師記入欄
今日の新型コロナウイルス感染症の予防接種について市から配られている説明書を読みましたか。	はい	いいえ
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	はい	いいえ
現在、何か病気にかかっていますか。病名（ ）	はい	いいえ
治療（投薬など）を受けていますか。	はい	いいえ
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい	いいえ
今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい	いいえ
具合の悪い症状を書いてください。（ ）	はい	いいえ
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ
新型コロナウイルス感染症の予防接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ
①その際に具合が悪くなったことはありませんか	はい	いいえ
②新型コロナウイルス感染症以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありませんか	はい	いいえ
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。	はい	いいえ
1か月以内に予防接種を受けましたか。	はい	いいえ
予防接種の種類（ ）	はい	いいえ
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。	はい	いいえ
病名（ ）	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か月以内に熱が出たり、病気がかかったりしましたか。	はい	いいえ
病名（ ）	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、今日の予防接種は（ ）可能・見合わせる（ ）

本人に対して、予防接種の効果、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。

医師の署名又は記名押印

被接種者の記入欄（医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。）

医師の診察・説明を受け、予防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。（希望します・希望しません）

この予診票は、予防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、本予診票が市に提出されることに同意します。

年 月 日

本人自署

代筆者氏名

読柄

（※自署できない場合は代筆者が本人自署欄に代筆した上で、代筆者氏名および本人との読柄を記載）

ワタナベ氏名、ロット番号	接種場所	実施場所・医師名・接種年月日
ワタナベ氏名	市内内接種	実施場所
Lot No.	医師名	医師名
（注）有効期限が切れていないか要確認	接種年月日	年 月 日

（印字取り）

東かがわ市新型コロナウイルス感染症予防接種済証

（本人控え用）

被接種者氏名

姓

実施場所

ワタナベ氏名／ロット番号（ ）

医師名

接種年月日

年 月 日

東かがわ市長

附 則

この告示は、令和8年9月1日から施行する。