6ヵ月～11歳用

新型コロナワクチンを接種される方とその保護者の方へ（スパイクバックス®筋注シリンジ6ヵ月～11歳用）

任意接種用

被接種者控え

この予診票は任意で接種を希望される方用です。
新型コロナワクチン（スパイクバックス）の接種を実施するにあたり、接種される方の健康状態をよく把握する必要があります。
保護者の方が予診票にできるだけ詳しくご記入ください。

ワクチンの効果と副反応

本ワクチンは接種された方の新型コロナウイルス感染症を予防するワクチンです。
本ワクチン接種に伴い、次のような副反応があらわれることがあります。

- ショック、アナフィラキシー（冷汗が出る、めまい、顔面蒼白（そうはく）、手足が冷たくなる、意識の消失、全身のかゆみ、じんま疹、喉のかゆみ、ふらつき、動悸（どうき）、息苦しさ）
- 血管迷走神経反射（立ちくらみ、血の気がひく、気を失う（失神する））
- 心筋炎、心膜炎（胸の痛み、動悸（どうき）、むくみ、息切れ、浅くて速い呼吸）
- ギラン・バレー症候群（両手や両足に力が入らない、物がつかみづらい、手足の感覚がにぶくなった、顔の筋肉がまひする、食べ物が飲み込みにくい、呼吸が苦しいなど）
- 注射部位症状（注射した場所の痛み・腫れ（硬さ）・発赤・紅斑、注射した同じ腕側のリンパ節（わきの下あたり）の痛み・圧痛・腫れ）
- 全身症状（発熱、頭痛、疲労、筋肉痛、関節痛、吐き気・嘔吐、悪寒）

これら以外の症状が副反応として出る可能性があります。接種後、普段と変わったことがあった場合は、医師に相談してください。

予防接種を受けることができない人

- 明らかに発熱（通常37.5℃以上）している方
- 重篤な急性疾患にかかっている方
- 過去にスパイクバックスを接種した時にショック、アナフィラキシーがあらわれた方
- 過去にスパイクバックスに含まれている成分で重い過敏症*のあった方
  *：アナフィラキシー、全身のかゆみ、じんま疹、喉のかゆみ、ふらつき、動悸（どうき）、息苦しさ、血圧低下などのアナフィラキシーを疑わせる複数の症状
- 上記以外に医師が予防接種を行うことが不適当な状態にあると判断した方

予防接種を受けるに際し、医師とよく相談しなければならない人

- 血小板減少症や凝固障害のある方、または抗凝固療法を受けている方
- 過去に免疫に異常があると診断されたことがある方や両親や兄弟に先天性免疫不全症の方がいる方
- 心臓や血管、腎臓、肝臓、血液の病気や発育の障害などの基礎疾患がある方
- 今までに、予防接種を受けて2日以内に発熱があった方や全身性の発疹などアレルギーが疑われる症状が出たことがある方
- 過去にけいれんを起こしたことがある方
- 本ワクチンの成分に対してアレルギーを起こすおそれがある方
- 腎機能障害のある方
- 肝機能障害のある方

※妊婦または妊娠している可能性がある方、妊娠の計画がある方、授乳されている方は、必ず接種前の診察時に医師に伝えてください。

予防接種を受けた後の注意

- 接種後は15～30分程度、接種医療機関の施設内などでお待ちください。
- 副反応の発現に注意してください。異常な症状（高熱やけいれんなど）があれば、速やかに医師の診察を受けてください。
- 注射した部分は清潔に保ってください。
- 接種当日に入浴することに特別な問題はありません。注射した部位を強くこすらないようにしてください。
  ただし、接種後に体調が悪い時は、入浴を控えることも検討してください。
- 接種当日の激しい運動は控えてください。

本ワクチンの接種により健康被害が発生した場合には「医薬品副作用被害救済制度」により治療費などが支給される場合があります。
詳しくは独立行政法人医薬品医療機器総合機構のホームページ（https://www.pmda.go.jp/）をご覧ください。

あなたの接種予定日	医療機関名
月　　日（　　） 当日は受付に　　時　　分頃おこしください	**あや内科クリニック**

接種ワクチン	接種量
スパイクバックス®筋注シリンジ6ヵ月～11歳用　シール貼付	筋注　0.25mL

モデルナ・ジャパン株式会社
JP-COV-2400023.06　2026年8月改訂

田辺ファーマ株式会社
MSX-0302AB(--)/(審)26VII155

新型コロナワクチン（スパイクバックス）の予診票

任意接種用

6ヵ月～11歳用

※保護者の方が、太枠内にご記入またはチェック ☑ を入れてください。

住　所	都道府県　　市区町村			
フリガナ 接種を受ける人の氏　名			電話番号	—　　—
生年月日（西暦）	年　月　日生（満　歳　ヵ月）	□男・□女	診察前の体温	度　分
保護者氏　名				

質問事項	回答欄		医師記入欄
5歳～11歳：新型コロナワクチンの接種を受けたことがありますか “はい”の場合（前回の接種日：　年　月　日） 6ヵ月～4歳：新型コロナワクチンの接種は受けたことがありますか “はい”の場合（接種回数：　回）（前回の接種日：　年　月　日）	□はい	□いいえ	
説明文『新型コロナワクチンを接種される方とその保護者の方へ（スパイクバックス®筋注シリンジ6ヵ月～11歳用）』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	
今までに特別な病気（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、毛細血管漏出症候群）やその他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか。 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 □毛細血管漏出症候群　□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	
（“はい”の場合）その主治医に、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ヵ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。 ワクチンの種類（　）症状（　）	□はい	□いいえ	
近親者に先天性免疫不全症の方がいますか。	□はい	□いいえ	
（女性の方で）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	
1ヵ月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		医師署名または記名押印
	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） 本人または保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、説明した。	**篠原亜弥**

保護者記入欄

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。（□接種を希望します・□接種を希望しません）

保護者自署 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師記入欄	ワクチン名・製造番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
	スパイクバックス®筋注シリンジ6ヵ月～11歳用 製造販売：モデルナ・ジャパン株式会社 製造番号： ※冷蔵使用期限前であることを確認する	筋注 0.25mL	実施場所　**あや内科クリニック** 医師名　**篠原亜弥** 接種年月日　年　月　日

記載頂きました個人情報はワクチン接種の予診に関してのみ使用いたします。