

(5~11歳)主治医から接種医へ

# 基礎疾患がある子の新型コロナワクチン接種チェックシート

保護者の方へ／このチェックシートは、5～11歳の基礎疾患のある子どもが、主治医以外の医療機関で新型コロナワクチンの接種を受ける際に使用します。この用紙を持ち、接種について主治医へご相談ください。主治医が記入、または保護者が主治医に聞き取りの上下記事項へ記入し、接種医師を受診した際に提出してください。

接種医の方へ／主治医が、下記接種者について現在治療中の疾患や治療をチェックし、接種可能と説明しました。接種当日の状態は、接種医に相談するよう指示しています。

接種者氏名	生年月日（西暦） 年 月 日
-------	-------------------

診察室血圧： / mmHg 脈拍：整・不整 min

疾患内容：	治療内容：
<input type="checkbox"/> 慢性呼吸器疾患（ ）	<input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬（ ）
<input type="checkbox"/> 慢性心疾患（ ）	<input type="checkbox"/> $\beta$ 遮断薬・ $\alpha$ 遮断薬（ ）
<input type="checkbox"/> 慢性腎疾患（ ）	<input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 神経・筋疾患（ ）	<input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 血液疾患（ ）	<input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> がん（ ）	<input type="checkbox"/> その他（ ）
<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（ ）	

※詳細な疾患名を記入しなくても、チェックするだけでも結構です。

薬・食品などで、重いアレルギー症状(アナフィラキシー等)を起こしたことがある 薬・食品など原因になったもの【	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
---	-----------------------------	------------------------------

※アレルギーの既往があるだけでは、接種不适当者にはなりません。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(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)・蕁麻疹・アレルギー体質等)。このワクチンの成分に対し重いアレルギー症状の既往のある人は、接種不适当者になります。アナフィラキシーを含む即時型のアレルギー反応の既往がある人は、30分間の健康観察が必要です。

その他連絡事項
---------

上記確認医療機関名 医師名（主治医）

※基礎疾患（以下およびそれらに準ずると医師が判断するもの） 慢性呼吸器疾患(気管支喘息など)、慢性心疾患、慢性腎疾患、神経・筋疾患(脳性まひ・重症心身障害児・染色体異常症・難治性てんかん)、血液疾患、糖尿病・代謝性疾患、悪性腫瘍(小児がんなど)、関節リウマチ・膠原病、内分泌疾患、消化器疾患・肝疾患、先天性免疫不全症候群など、その他(高度肥満、医療的ケア児、摂食障害《体重減少が著しい場合》など)
---