

新型コロナウイルスワクチン接種後健康状況調査

今後の接種の際の参考にさせていただくため、ワクチン接種後1か月間の健康状況調査を実施いたしますので、ご協力下さいますよう、よろしくお願い申し上げます。
 なお、個人情報には十分に配慮し、個人情報が公開されるようなことは決してありませんので、ご協力の程お願い申し上げます。

記載年月日 平成 年 月 日

		ワクチン接種日 平成 年 月 日	製造メーカー・ロット番号(この欄は接種施設が記載してください)
性別 男 ・ 女	生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日	年齢 歳 か月	以前のインフルエンザワクチン接種歴 有 (プレパンデミック・パンデミック・通常シーズン) ・ 無

接種後ワクチンを原因とする症状の有無	有・無	
接種後ワクチンを原因とする投薬の有無	有・無	投薬があった場合は、その種類 (内服、外用の別)、薬名 ()、投薬の時期 (平成 年 月 日～平成 年 月 日)
接種後ワクチンを原因とする症状による医療機関の受診	有・無	有りの場合、その時期:平成 年 (月 日～ 月 日)、受診医療機関名 ()、受診診療科名 (科)、治療内容 (具体的に)
接種後ワクチンを原因とする症状による休校 (園)・休職	有・無	有りの場合、その時期:平成 年 (月 日～ 月 日)、その理由 ()

全身症状		
1. 発熱 (37.5℃以上)	有・無	有りの場合、その時期 (37.5℃以上有った日はすべて記載してください) :平成 年 ()、最高体温 ℃ (平成 年 月 日)、38℃以上の発熱期間 日間
2. 悪寒の有無	有・無	有りの場合、その時期:平成 年 (月 日～ 月 日)、一番ひどかった日 (平成 年 月 日)
3. 倦怠感の有無	有・無	有りの場合、その時期:平成 年 (月 日～ 月 日)、一番ひどかった日 (平成 年 月 日)
4. 関節痛の有無	有・無	有りの場合、その時期:平成 年 (月 日～ 月 日)、一番ひどかった日 (平成 年 月 日)、疼痛の程度 (別紙グレードより選択: グレード)
5. 筋肉痛の有無	有・無	有りの場合、その時期:平成 年 (月 日～ 月 日)、一番ひどかった日 (平成 年 月 日)、疼痛の程度 (別紙グレードより選択: グレード)
6. 頭痛の有無	有・無	有りの場合、その時期:平成 年 (月 日～ 月 日)、一番ひどかった日 (平成 年 月 日)、疼痛の程度 (別紙グレードより選択: グレード)
7. 難聴の有無	有・無	有りの場合、その時期:平成 年 (月 日～ 月 日)、一番ひどかった日 (平成 年 月 日)、症状を具体的に ()
8. 呼吸器症状の有無	有・無	有りの場合、その時期:平成 年 (月 日～ 月 日)、一番ひどかった日 (平成 年 月 日)、症状を具体的に ()
9. リンパ節の腫脹の有無	有・無	有りの場合、その時期:平成 年 (月 日～ 月 日)、その部位 ()、リンパ節腫脹部位の疼痛の有無 (有 ・ 無)
10. 発疹の有無	有・無	有りの場合、その時期:平成 年 (月 日～ 月 日)、その程度 (全身に無数・全身に51～多数、発疹が11～50、発疹が10個以下 (あてはまる程度に○をつけてください))
11. アナフィラキシー・ショック等のアレルギー症状の有無	有・無	有りの場合、その時期:平成 年 (月 日～ 月 日)、その内容 (具体的に) ()
12. けいれんの有無	有・無	有りの場合、その時期:平成 年 (月 日～ 月 日)、持続時間 () 分、その部位 ()
13. 筋力低下や麻痺などの症状の有無	有・無	有りの場合、その時期:平成 年 (月 日～ 月 日)、その内容 (具体的に) ()
14. その他の症状	有・無	有りの場合、その時期:平成 年 (月 日～ 月 日)、その内容 (具体的に) ()

局所症状		
15. 接種部位の発赤	有・無	有りの場合、その時期:平成 年 (月 日～ 月 日)、最大発赤径 cm (平成 年 月 日)
16. 接種部位の腫脹	有・無	有りの場合、その時期:平成 年 (月 日～ 月 日)、最大腫脹径 cm、腫脹が消退した日 (平成 年 月 日)
17. 接種部位の痒み	有・無	有りの場合、その時期:平成 年 (月 日～ 月 日)、一番ひどかった日 (平成 年 月 日)、痒みの程度 (別紙グレードより選択: グレード)
18. 接種部位の疼痛	有・無	有りの場合、その時期:平成 年 (月 日～ 月 日)、一番ひどかった日 (平成 年 月 日)、疼痛の程度 (別紙グレードより選択: グレード)
19. 接種部位の熱感	有・無	有りの場合、その時期:平成 年 (月 日～ 月 日)、一番ひどかった日 (平成 年 月 日)、症状を具体的に ()

その他お気づきの点があれば、どんなことでも結構ですので、以下にご記入下さい。

ご協力ありがとうございました。