

別紙1 ワクチン接種前の確認シートの記入例

別紙1の上半分

○をしてください。
「あり」の場合はカッコ内〔 〕に記入して下さい

薬剤師と確認しておくこと
薬剤師と一緒に確認し記載しましょう。
シートを持参しましょう。

- 2週間以内の予防接種の有無：
なし・あり→〔種類： ，場所： 〕
※ありの場合、接種後2週間は新型コロナワクチンの接種はできません。
- アレルギーの有無：
なし・あり→〔医薬品： **花粉症** ，食べ物： 〕
その他： 〕
- 現在治療中の病気：
高血圧 ← 病名などを記入して下さい
- 服薬中の薬剤：
お薬シールの貼付をお願いします。

このスペースに服薬中の薬剤の
情報を記入して下さい。
(お薬手帳用のシールを貼って下さい)

別紙1の下半分

接種前にご自身で準備して

ワクチン接種後の万が一の体調不良に備えて
できるようにかかりつけ薬剤師と相談し

- 経口補水液 (ポカリスエット、OS1 など)
- 熱や痛みが出た際にに使用できる解熱鎮痛剤
(アセトアミノフェン、イブプロフェン等)
あり→〔 **カロナール 200** 〕
なし→事前に市販薬を準備しておくか、
医療機関を受診又は相談して下さい

※服用時は、医師・薬剤師の指示、市販薬の場合は説明書
防的に

○をして下さい。
「あり」の場合薬剤名 / 商品名を
記入して下さい

別紙2 発熱の経過・解熱鎮痛剤について記載シートの記入例

発熱の経過			日付	4/8	使用した薬剤名 / 商品名を記入して下さい。 名称の後に数字(規格)やアルファベットがあるものは、 それも含めて記入して下さい
日付	時間	体温	薬剤名 / 商品名	カロナール200	
4/8	14:30	37.5	飲んだ時間	17:30	薬を飲んだ大体の時間を記入して下さい
⋮	17:30	37.8	飲んだ錠数	2錠	薬を飲んだ量(錠数、カプセル数)を記入して下さい
⋮	17:30	37.5	薬を飲んだ後の体調	熱と体の痛みで服用 多少良くなった	薬を飲んだ後の体調の変化(何の症状に対して飲んだのか、よくなった・あまり効かなかった等)について記入して下さい
⋮	22:30	37.5	備考欄		メモしておきたいことがあれば、備考欄に記入して下さい
4/9	7:30	37.0	備考欄		
⋮	10:30	36.5			

別紙2

発熱の経過・解熱鎮痛剤について記載シートの記入例

発熱の経過を時系列で
書いて下さい

メモしておきたいことがあれば、備考欄に記入して下さい

新型コロナワクチンフォローアップシートについて

本フォローアップシートは、厚生労働省の資料(HP:新型コロナワクチンQ&A、リーフレット:接種後の注意点)及び日本薬剤師会発行の資料(薬剤師から一般の方々に向けた新型コロナウイルスワクチンに関するFAQ)を参考に作成しています。

本フォローアップシートの目的は、 新型コロナワクチン接種後の体調確認です。

接種前日から接種後の“からだの状態”について記入して下さい。書いておきたい気持ちや心配ごとなどは、フォローアップシートにある自由記入欄にご記入下さい。全体の詳しい記入方法については、記入例を参照していただくか、かかりつけ薬剤師にご相談下さい。

かかりつけ薬剤師

いつも担当している薬剤師が、不安を解消できるよう24時間電話で待機しています。症状がづらい時など、何かあればご連絡下さい。フォローアップシートの記録を一緒につけたり、電話で報告していただく方法もあります。お気軽にご相談下さい。かかりつけ薬剤師が、医師に報告したほうが良いと思ったときは、すぐにかかりつけ医師と連絡を取り合うこともできます。

フォローアップシートの項目について

1. 薬服用について(左上、氏名等を記入する枠内)

ワクチン接種前より服用している薬剤がある場合は、「はい」に丸をして、医師又は薬剤師にその旨お伝え下さい。お薬手帳をお持ちの方は、常にお薬手帳を持ち歩きましょう。病院・薬局受診時に提示して下さい。

2. 副反応について

フォローアップシートで確認する副反応は、これまでに報告された、ファイザー社製の新型コロナワクチン接種により接種後数日以内に現れる可能性のある症状についてです。より出現頻度の高い副反応に関しては、症状の程度を4段階で選ぶようになっています。それ以外の症状の有無については、チェックボックスを設けてあります。もし表の中に記載のない症状で気になるものがあれば、「他に気になる症状: □その他()」の欄に記入して下さい。

3. 体温測定について

毎日できるだけ同じ時間帯に体温を測定し、体温の欄に記入して下さい。37.5度以上(37.5度も含む)の場合は、発熱の欄にチェックを入れ、『咳、咽頭痛、息切れ、味覚・嗅覚の消失』などの症状も併せてご確認下さい(フォローアップシート下部の太枠内参照)。

発熱以外に、『咳、咽頭痛、息切れ、味覚・嗅覚の消失』などの症状がある場合は、新型コロナウイルスに感染している可能性があります。→医療機関に相談・受診して下さい。

また、熱がある時は、『別紙2 発熱の経過・解熱鎮痛剤について記載シート』内の表『発熱の経過』に測定時間やその時の体温を記入して下さい。

4. 解熱鎮痛剤の使用の有無について

ワクチン接種後の発熱や痛みに対し、必要な場合は解熱鎮痛剤(アセトアミノフェン、イブプロフェン等)の服用が可能です(「COVID-19ワクチンに関する提言」第2版より)。使用した際は、「使用」に

チェックを入れ、『別紙2 発熱の経過・解熱鎮痛剤について記載シート』に詳細を記入して下さい(記入例参照)。ただし、場合によっては薬剤使用の可否について、使用前に医師又は薬剤師に相談が必要です。詳しくは、フォローアップシート内の黄緑色ベタ枠で囲まれた内容を参照して下さい。

5. 黄緑色ベタ枠で囲まれた内容について

厚生労働省発行の資料や薬剤師会発行のワクチンFAQより、重要な内容をピックアップしています。あらかじめ、確認して下さい。

6. 別紙1 ワクチン接種前の確認シートについて

ワクチン接種前にかかりつけ薬剤師と一緒に確認・記入し、接種当日会場に持参して下さい。

7. 別紙2 発熱の経過・解熱鎮痛剤について記載シートについて

発熱の経過や解熱鎮痛剤を使用した際に服薬状況や体の状態について記入して下さい。

—新型コロナワクチンフォローアップシートの記入例—

本人情報を記入して下さい ワクチン接種日を記入して下さい ○をつけて下さい カッコ内に日付を記入して下さい

新型コロナワクチン フォローアップシート 接種日 **4/7** 接種 **1回目・2回目** 接種腕 **右・左**

氏名	連絡先	接種 前日(4/6)	当日接種前(4/7)	体調がよくない場合や、平熱より明らかに高い場合・37.5度以上の熱がある場合、他のなどは、医師または薬剤師に相談
薬服用中	いいえ・はい → 医師・薬剤師に伝えて下さい	体温	36.5 36.4	接種14日後にいずれかの症状が残っていた場合、『症状経過』の欄を記入して下さい
接種会場	その日の体温を記入して下さい	体調	良い 普通 悪い 良い 普通 悪い	

接種前日、当日の接種前・接種後から15回記入できるようになっています。最初の2日程度は1日に何回か記入できます。記入欄が不足した場合は2枚目に記入して下さい

接種	当日接種後(4/7)	接種時刻	接種後から15分以内	接種後から15分以降	接種後から15分以降	接種後から15分以降	接種後から15分以降
接種	当日接種後(4/7)	接種時刻: 14:00	午前(午後) 7時 30分	午前(午後) 8時 00分	午前(午後) 時 分	午前(午後) 時 分	午前(午後) 時 分
記入時刻	36.5		37.5				
用紙に記入した時刻を記入して下さい	37.5度以上 →下記の太枠内確認		37.5度以上の場合、 <input checked="" type="checkbox"/> し太枠内の症状の有無も確認して下さい【別紙2】に発熱の経過を記入して下さい	度以上 →下記の太枠内確認	度以上 →下記の太枠内確認	度以上 →下記の太枠内確認	度以上 →下記の太枠内確認
体調	良い 普通 悪い		良い 普通 悪い	良い 普通 悪い	良い 普通 悪い	良い 普通 悪い	良い 普通 悪い
接種部位の痛み	すごく強い 強い 弱い ない		すごく強い 強い 弱い ない	すごく強い 強い 弱い ない	すごく強い 強い 弱い ない	すごく強い 強い 弱い ない	すごく強い 強い 弱い ない
筋肉痛	すごく強い 強い 弱い ない		すごく強い 強い 弱い ない	すごく強い 強い 弱い ない	すごく強い 強い 弱い ない	すごく強い 強い 弱い ない	すごく強い 強い 弱い ない
関節痛	すごく強い 強い 弱い ない		すごく強い 強い 弱い ない	すごく強い 強い 弱い ない	すごく強い 強い 弱い ない	すごく強い 強い 弱い ない	すごく強い 強い 弱い ない
他に気になる症状	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input checked="" type="checkbox"/> 接種部位の腫れ <input type="checkbox"/> 接種部位の赤み <input type="checkbox"/> 接種部位の熱感 <input type="checkbox"/> かゆみ <input checked="" type="checkbox"/> その他(鼻水)		<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 接種部位の腫れ <input type="checkbox"/> 接種部位の赤み <input type="checkbox"/> 接種部位の熱感 <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 接種部位の腫れ <input type="checkbox"/> 接種部位の赤み <input type="checkbox"/> 接種部位の熱感 <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 接種部位の腫れ <input type="checkbox"/> 接種部位の赤み <input type="checkbox"/> 接種部位の熱感 <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 接種部位の腫れ <input type="checkbox"/> 接種部位の赤み <input type="checkbox"/> 接種部位の熱感 <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 接種部位の腫れ <input type="checkbox"/> 接種部位の赤み <input type="checkbox"/> 接種部位の熱感 <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> その他
解熱鎮痛剤	<input type="checkbox"/> 使用→別紙に記入 <input checked="" type="checkbox"/> 使用なし		<input checked="" type="checkbox"/> 使用→別紙に記入 <input type="checkbox"/> 使用なし	<input type="checkbox"/> 使用→別紙に記入 <input type="checkbox"/> 使用なし	<input type="checkbox"/> 使用→別紙に記入 <input type="checkbox"/> 使用なし	<input type="checkbox"/> 使用→別紙に記入 <input type="checkbox"/> 使用なし	<input type="checkbox"/> 使用→別紙に記入 <input type="checkbox"/> 使用なし

4/21(水) 症状の経過

午前(午後) 8時 00分 記入日(4/23)

36.4 接種14日後に症状が継続中だった方は、下記記載して下さい。

良い 普通 悪い 症状消失日: 4/23

すごく強い 強い 弱い ない 症状消失日:

すごく強い 強い 弱い ない 症状消失日:

すごく強い 強い 弱い ない 症状消失日:

すごく強い 強い 弱い ない 症状消失日:

すごく強い 強い 弱い ない 症状消失日:

すごく強い 強い 弱い ない 症状消失日:

すごく強い 強い 弱い ない 症状消失日:

すごく強い 強い 弱い ない 症状消失日:

特になし 吐き気 下痢 寒気 嘔吐 接種部位の腫れ 接種部位の赤み 接種部位の熱感 かゆみ その他

症状について何かあれば、記入して下さい

備考欄

自由記入欄

心配なこと等メモしたいことを自由に記入して下さい

この用紙は、かかりつけ医やかかりつけ薬剤師に提示して

発熱以外に、『咳、咽頭痛、息切れ、味覚・嗅覚の消失』などの症状がある場合は、新型コロナウイルスに感染している可能性があります。→医療機関に相談・受診して下さい。