

室蘭工業大学

大学拠点接種

医療従事者向けマニュアル

令和3年9月10日版

もくじ

表紙	P 0 1
もくじ	P 0 2
1 職種毎のタイムスケジュール等	P 0 3
2. 持ち物	P 0 4
3. 集合場所及び控室等	
4. 集合後の準備	
5. 受付及び予診票確認	P 0 5
6. 医師による予診	P 0 6
7. 接種担当者（看護師）によるワクチン接種	P 0 8
8. 仰臥位接種室（看護師）の役割	P 0 9
9. 救護室（看護師）の役割	P 1 0
10. 経過観察待機場所（看護師）の役割	
11. 副反応発生時の救急措置・救急対応	
12. 充填担当（薬剤師）によるワクチンの充填	P 1 1
13. 業務の終わり	
資料 1 会場図面	
資料 2 緊急時対応フロー	
資料 3 接種キャンセル者・ワクチン廃棄に係る報告フロー	
資料 4 急性期副反応症状記載用紙	
資料 5 ワクチン廃棄報告書	

1 職種毎のタイムスケジュール等

大学拠点接種に従事いただく方の1日の全体スケジュールは以下のとおりです。

1) 予診担当（医師）

	土曜日	日曜日	内容
1	13:30	9:30	集合 勤務準備（予診準備、マスク着用、ブース上の資料確認）
2	14:00	10:00	予診開始
		12:00~12:45	昼休み（午前勤務者退勤）
		12:45	（午後勤務者集合）
		13:00	予診開始
3	18:00	17:30	最終受付終了
4	18:30	17:45	全被接種者の経過観察終了後、解散

2) 接種担当・救護室担当（看護師）

	土曜日	日曜日	内容
1	13:30	9:30	集合 勤務準備（接種準備、マスク・手袋着用、ブース上の物品・資料確認）
2	14:00	10:00	接種開始
		12:00~12:45	昼休み（午前勤務者退勤）
		12:45	午後準備（午後勤務者集合）
		13:00	接種開始
3	18:00	17:30	最終受付終了
4	18:30	17:45	全被接種者の接種終了、拭き掃除後、解散

3) 充填担当（薬剤師）

	土曜日	日曜日	内容
1	13:15	9:15	集合、ワクチン管理状況確認、ワクチン数量確認及び移動、当日予約者数確認、充填準備（マスク・手袋・ガウン・ヘアガード着用）
2	13:30	9:30	充填開始・接種ブースへの搬送補助
		12:15~13:15	昼休み（午前勤務者退勤）
		13:15	午後準備（午後勤務者集合）
3		13:30	充填開始・接種ブースへの搬送補助
4	17:30	17:00	充填数量の確認
5	18:00	17:30	最終充填数量の確定、端数最終確認
6	18:15	17:45	解散

2 持ち物

- (1) 業務担当当日は、身分証（運転免許証等氏名を確認できる物）をご持参ください。
- (2) マスクは不織布マスクを着用してきてください。
- (3) 土曜日の業務に従事する方の昼食は用意しておりません。
（日曜日の業務に終日従事する方については、昼食（弁当）を用意しています。）
- (4) 白衣やスクラブは用意しておりませんので、各自ご持参願います。
- (5) 同意書の提出がお済でない方は業務開始前に提出してください。

3 集合場所及び控室等

- (1) 業務従事者は、就業時間までに接種会場（体育館）実施本部前テーブルにある出勤簿の本人欄にサイン・マーカーをしてください。業務従事者が集合しましたら、本学職員がご案内します。医療従事者向けマニュアルをお持ちでない方は、テーブルにご用意しております。
- (2) 控室として武道場（体育館2階）をご用意しています（昼食、休憩等にご利用ください。）。
- (3) 貴重品は更衣室（体育館1階）の貴重品ロッカーに保管するか各自で管理願います。
- (4) 着替えが必要な場合は、更衣室をご利用ください。

4 集合後の準備

(1) 会場内備品について

- ・会場内には、不織布マスク、手袋、アルコールワイプ、消毒薬等を準備しております。不足の備品がありましたら、医療班のビブスを付けている職員にお声がけください。
- ・手洗いは、トイレの水道を利用してください。また、薬液充填室内にも水道があります。

(2) 業務内容

- ・会場内で業務内容説明等はいませんので、このマニュアルを事前に熟読の上、業務に従事願います。不明な点がありましたら、出来る限り事前に、総務広報課労務管理係（0143-46-5018）までお問い合わせください。
- ・当日会場内でご不明なこと等がありましたら、医療班のビブスを付けている職員にお声がけください。
- ・看護師の方には、接種（土曜日2名、日曜日4名）、経過観察（1名）、救護室対応・仰臥位接種対応（1名）をお願いします。役割分担は当日の朝に相談させていただきますが、長時間の業務となるため時間中に担当業務を交代していただいても問題ありません。

5 受付及び予診票確認

受付及び予診票確認は、事務職員が対応いたします。

- ・受付担当は、予約システムにて予約状況を確認し、受付登録を行い、予診票上部の本人記載欄に記入漏れが無いかな確認します。
- ・予診票確認担当は、予診票の太枠内全てに記載があるか確認します。
- ・予診票確認担当は、以下の事項を確認しています。

E) 現在、何らかの病気にかかって、治療（投薬など）を受けていますか 病名：血が止まりにくい病気 治療内容：血液サラサラにする薬
H) けいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか
I) 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
J) 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
Ex) ベットに寝て（仰臥位（ぎょうがい）で）ワクチン接種を受けることを希望しますか (Ex は、予診票にない項目)
・ E, H, I, J, Ex のいずれかが「はい」の場合、予診票の右上にオレンジマーカーで③と記載しています。
・ E, H, I, J のいずれかが「はい」の場合、該当する項目にオレンジマーカーしています。
・ Ex が「はい」の場合、「仰臥位接種プレート」を渡しています。

	質問事項	回答欄	
A	新型コロナワクチンの接種を初めて受けますか。 (接種を受けたことがある場合 1回目: 月 日、2回目: 月 日)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
B	現時点で住民票のある市町村と、クーポン券に記載されている市町村は同じですか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
C	『新型コロナワクチンの説明書』を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
D	接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。 <input type="checkbox"/> 医療従事者等 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60～64歳 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等の従事者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する(病名:)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
E	現在、何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。 病 名: <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <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() 治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
F	最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
G	今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
H	けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
I	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()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
J	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。 種類() 症状()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
K	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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
L	2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類() 受けた日()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
M	今日の予防接種について質問がありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

6 医師による予診

予診の流れ

(1) 本人確認

被接種者からクリアファイルを受け取り、予診票に記載されている氏名をフルネームで読み上げ、本人確認を行います。

(2) 予診票等のチェック

予診票の確認と問診を行い、接種の可否を判断します。

(3) ワクチンの効果や副反応、健康被害救済制度の説明を求められた場合は、説明を行ってください。

※ 受付では、①ワクチンの有効性や安全性、②通常起こりえる副反応やまれに生じる重い副反応の概要を記載した資料を用意し配付しています。

(5) 接種可能と判断した場合は、「医師記入欄」の「可能」を☑チェックし、「医師署名又は記名押印」及び「医師名」欄に氏名ゴム印を押印してください。

○予診内容により、経過観察時間（15分または30分）の判断をお願いします。

※アレルギー等の既往歴があり、接種後30分の経過観察が必要な場合は、予診票の右上にオレンジマーカーで③〇と記入してください。

※15分の場合は、記入なしで結構です。

○クリアファイルに、上から「仰臥位接種プレート（該当者のみ）」→「予診票」→「その他の書類」の順に入れ、被接種者に返却してください。

○予診の結果、「接種見合わせ（予診のみ）」とした場合は、当該者に「予診のみ」との記載のある用紙を渡し、誘導担当者に引き渡してください。その後、誘導担当者が所定の手続きに誘導します。

※ 当日の接種を見合わせる場合の対応

当日の接種を望まれて来場されているため、接種を見合わせる際には丁寧な説明で、理解を求める必要があります。明らかな接種不適合者でない限り、

①医療機関ではなく集団接種会場であること

（必要な検査ができない、過去のカルテも無い、十分な治療体制が無い等）

②集団接種の医師は普段の状態をよく把握している、かかりつけ医ではないこと

を本人へ丁寧に説明して、納得を得られるように努める必要があります。

なお、接種を見合わせた方には「かかりつけ医や、り患している疾患の専門医に接種の可否や時期について相談する」よう説明を行い、かかりつけ医や疾患の専門医での個別接種を勧めてください。

予診票の書き方(記入例)

新型コロナワクチン接種の予診票

【予約番号:10桁の予約番号を記載してください。】

※太枠内にご記入またはチェック区を入ってください。

事前に接種券を
張らないでください。
(会場で職員が貼り付けます)

当日の朝、体温を計って記載してください。
(37.5度以上の場合、接種不可)

住民票に記載されている住所	〒	都 道 府 県	市 区 町 村
フリガナ			
氏 名	電話番号	()	-
生年月日(西暦)	年	月	日生(満 歳) <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
診察前の体温			度 分

**赤枠内を全て
記載してください**
(消せるボールペンは
使用しないでください。)

**青枠は医師が
記載します**

質問事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナ(接種を望む)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現時点で住居が「新型コロナ」	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
接種順位の <input type="checkbox"/> 医療従事者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在、何らかの病名	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
治療内容	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
その病気を	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
最近1ヶ月以内に	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日、体に具合が悪い	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
けいれん(ひきつけ)や	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
薬や食品などで、アレルギー	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
これまでに予防接種の種類	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在妊娠している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
2週間以内に予防接種を受けましたか。種類() 受け日()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

医師記入欄 以上の問診及び診察の結果、今日の接種は 可 能 - 見 合 わせる)

本人に対して、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。
 被接種者は16歳未満である(該当する場合は塗りつぶしてください)

新型コロナワクチン接種希望書

医師の診察・説明を受け、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

この予診票は、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、本予診票が市町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。

年 月 日 被接種者又は保護者自署

ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	医療機関等コード
シール貼付位置	0.5 ml	実施場所 (職域) 国立大学法人室蘭工業大学 接種会場 (体育館)	0 1 0 9 9 9 0 4 1 7
※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください (注)有効期限が切れていないか確認		医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
			2021年 月 日

7 接種担当者（看護師）によるワクチン接種

接種の流れ

- * 接種時には、不織布マスク、グローブ（手袋）を着用してください。
- * 接種液を充填したシリンジを入れたトレイを接種ブースの近くに準備してありますので、新たなシリンジが必要になりましたら、そちらからお持ちください。
また、空になったトレイについても、同じ場所にお戻しください。
（トレイにはシリンジ5人分がセットされています。）
- * 椅子やクリアファイルトレイ等、被接種者が触れた箇所をアルコールワイプで拭くスタッフ（学生アルバイト）がおりますので、適宜指示願います。
- * 接種ブース内の廃棄物は、針捨てBOXとビニール袋（手袋・アルコール綿・その他の一般ごみも含む）の2種類です。午後の業務が終了しましたら、針捨てBOXは蓋をしてロックをかけること、ビニール袋は出来るだけ空気を抜いた状態で開口部をしばってその場に置いてください。本学職員が回収します。
- * 業務終了後、ビブスは元の椅子に掛けておいてください。

- (1) 被接種者に「クリアファイルをトレイに入れるよう。」伝えるとともに、被接種者の名前をフルネームで呼び確認する。
- (2) 予診票の医師署名・接種希望チェック・本人署名に記載漏れがないか確認します。
- (3) 肩の筋肉に接種することを伝え、利き腕と逆側の方の肩全体を出してもらいます。
- (4) 「アルコール消毒して大丈夫ですか？」と聞き、アルコール過敏の有無を確認します。

※アルコール過敏の場合、アルコール以外の消毒液（スワブパット：クロルヘキシジングルコン酸塩含浸布）を使用します。

- (5) 接種部位（上腕の三角筋）を消毒します。
- (6) トレイに用意された注射器を持ち、微粒子や変色がないことを確認します。微粒子や変色が認められる場合は使用しないでください。
- (7) ワクチンの接種量（0.5ml）を確認し、上腕の三角筋に注射します。

※しびれ感や激しい痛みがないか確認します。

（神経走行部位を避けてください。注射針を刺したとき、激痛や血液の逆流があった場合には部位を変えて注射します。）

- (8) 使用済みの注射器はキャップをせず、そのまま、医療廃棄物容器へ廃棄します。
- (9) 接種部位に絆創膏を貼付し、揉まないように指示します。

※予診票で「血をサラサラにする薬を投薬されている」にチェックされている人には、チラシ「血をサラサラにする薬を飲まれている方へ」をクリアファイルに挟んでいるので、2分以上接種部位を圧迫するよう指示します。

- (10) クリアファイルを被接種者に返却し、「出口を出て、接種済証発行窓口に行くよう。」伝えてください。
- (11) 次の接種準備が出来ましたら、看護師が声かけや手を挙げて、次の被接種者を呼んでください。

8 仰臥位接種室（看護師）の役割

<仰臥位接種プレート所持者への対応>

* 仰臥位接種は、仰臥位接種室のベッド上で行います。

* ワクチン以外の物品は「仰臥位接種カート」に準備しています。ワクチンのみブースAより必要本数持ち入れてください。

(1) 被接種者を救護室に案内します。

(2) 仰臥位接種プレートと予診票の入ったクリアファイルは当該被接種者のベッドの分かりやすい場所に置いてください。

(3) 接種を行います。（接種の流れは、マニュアル7 接種担当者（看護師）によるワクチン接種と同様です。）

(4) 接種後、予診票に「〇時〇分接種終了」と記入した付箋を貼り付けてください。

被接種者が希望し異常がなく歩行が可能であれば、仰臥位→座位に体位を変えて様子を見たのち、被接種者にクリアファイルを渡し接種済証発行窓口に行くよう伝えてください。被接種者の希望と歩行が可能な状態であると判断できた場合は、観察時間終了を待たずに、対応も可能です。

(5) ベッドのアルコールワイプ拭き・枕カバーの交換は救護室看護師が行いますが、救護室看護師が不在の場合は、ベッドのアルコールワイプ拭き・枕カバーの交換を行ってください。

<その他>

・接種時に被接種者の体調が悪化した、接種時に針が外れた等の理由により、**ワクチンを廃棄した場合は、「ワクチン廃棄報告書」を作成し、速やかに医療班長（副班長）又は医療班調整担当に提出してください。**

・接種ブース内で発生したゴミについては、注射器（針を含む）は医療廃棄物容器に廃棄し、その他（アルコール綿、手袋等）はすべて、ゴミ箱（ゴミ袋）に廃棄願います。

・メディカルペール（医療用廃棄物容器）が一杯になりましたら、フタをして開かないようにしておいてください。

・仰臥位接種室に被接種者がいない場合は、経過観察ブースの補助及び緊急時の対応をお願いいたします。

9 救護室（看護師）の役割

* 経過観察待機場所で体調不良となり、ベッドでの休養が必要となった人については救護室に移送する場合があります。

* 看護師の昼休み中（12：00～12：45 予定）は、本学職員が経過観察待機場所にて観察をします。救急対応等が必要になった時には対応をお願いするため、救護室で昼食・休憩をとってください。

(1) 必要に応じて、医師を呼び指示を受け、対応してください。対応した内容は「急性期副反応症状記録用紙」に記載し、対応終了後医療班ビブスを着用した本学職員までお渡しください。

(2) 体調不良者の体調が回復した場合においては、被接種者が希望し異常がなく歩行が可能であれば、仰臥位→座位に体位を変えて様子を見たのち、観察時間経過後、必要に応じて医師の指示を受け、救護室より退室させ、出口へ行くよう、案内してください。

(3) ベッド使用後の、シーツ・枕カバーの交換を行ってください。

・その他

* 副反応発生時の救急措置・対応に備えて、事前に救急カートに準備されている医薬品、備品等について確認してください。

* 項目 10「副反応発生時の救急措置 ・救急対応」についても事前にご確認願います。

10 経過観察待機場所（看護師）の役割

* 経過観察時間が15分の者は黒文字の番号の椅子へ、経過観察時間が30分の者は赤文字の番号の椅子に座らせることとしています。

* 被接種者の誘導、椅子等の消毒等を行うスタッフ（学生アルバイト）を配置しています。

* 看護師の昼休み中（12：00～12：45 予定）は、本学職員が経過観察待機場所にて観察をします。救急対応等が必要になった時には対応をお願いするため、救護室で昼食・休憩をとってください。

(1) 経過観察会場を巡回し、適宜、声を掛けるなどして、被接種者の体調を確認してください。

(2) ベッドでの休養が必要となった人については周囲のスタッフと協力し、救護室に移送する場合があります。必要に応じて、医師を呼び指示を受け、対応してください。

11 副反応発生時の救急措置 ・救急対応

・ 医師の指揮（指示）の下、看護師に対応をお願いいたします。

救急措置・救急対応を優先とした上で、速やかに医療班ビブスを着用した本学スタッフに報告をしてください。

・ 対応後「急性期副反応症状記載用紙」を作成し、医療班ビブスを着用した本学スタッフまでお渡しください。

12 充填担当（薬剤師）によるワクチンの充填

- (1) 出勤後、総務班長及び総務班取り纏め担当とともに、本日の接種予定回数、ワクチン、接種用針、シリンジの数量の確認を行います。
- (2) バイアルの内容物を確認し、微粒子や変色がないことを確認します。微粒子や変色が認められる場合は、速やかに医療班長（副班長）又は医療班調整担当に報告してください。
- (3) 接種液を充填したシリンジをトレイに置いてください（半バイアル分（5人分））。
- (4) 接種ブースから回収した、空トレイを消毒してください。（再利用します。）

※トレイの搬送・回収は本学職員（医療班長（副班長）及び予診票確認班長（副班長）が行いますが、充填作業に余裕がある場合は、搬送・回収にご協力願います。

※随時「バイアル管理表」に記入してください。

※『総務班長からの指示があるまで充填しないこと』との記載のあるバイアルは、総務班長からの指示がない限り、冷蔵庫から出さないでください。

＜ワクチンの保管条件＞

- ・ 常温で15分放置してから接種する。
- ・ 針を刺したバイアルは6時間以内に使用すること。
- ・ 常温（8～25℃）にて12時間保存可能。（針を刺さない状態）
- ・ 冷蔵（2～8℃）にて30日間保存可能。（針を刺さない状態）
- ・ 冷蔵（2～8℃）に移行し、2時間半解凍する。（接種日前日に解凍する。）
- ・ 専用冷凍庫（-20℃±5℃）にて保存する。

＜その他＞

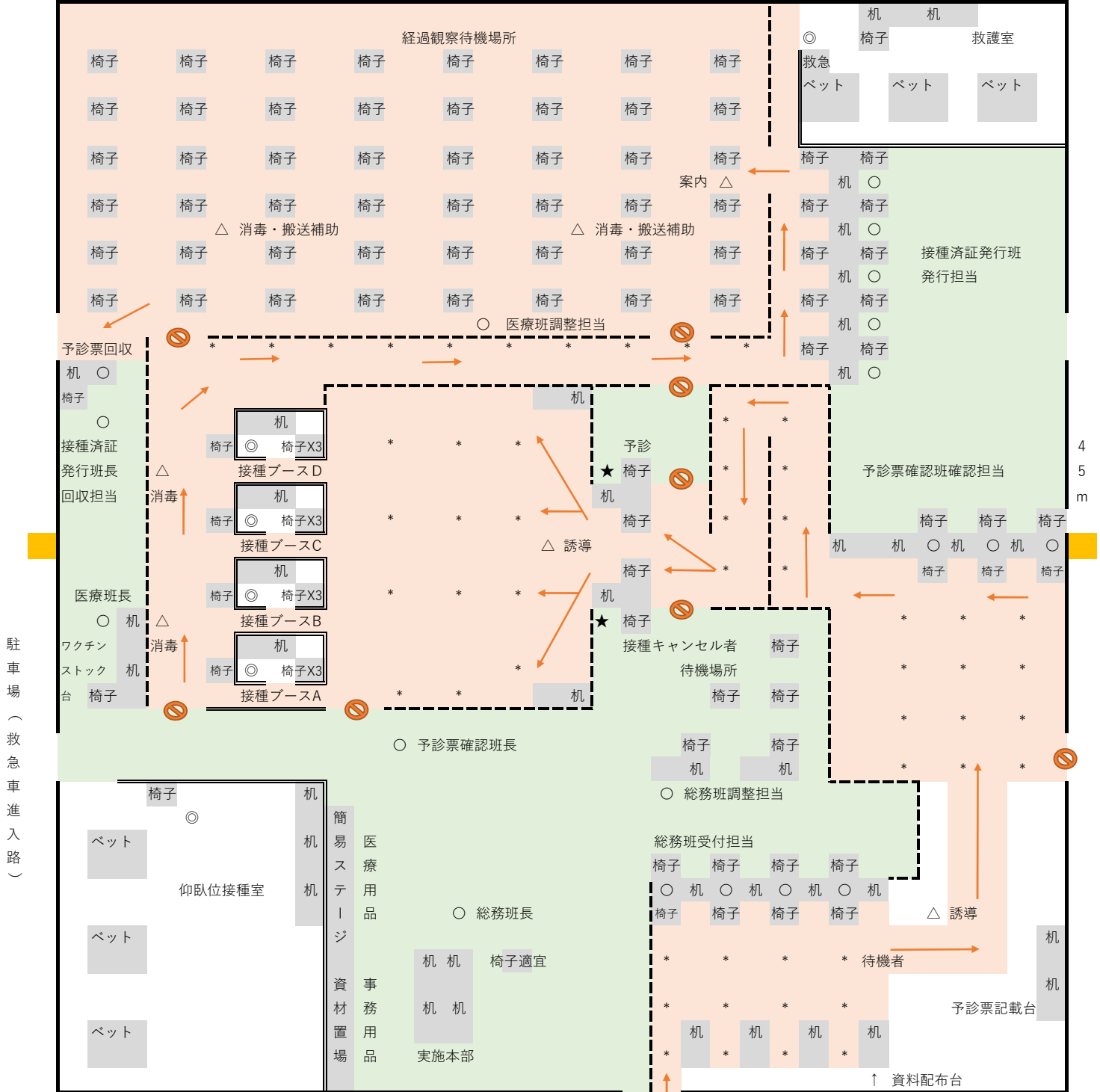
- ・ シリンジの破損、ワクチンの異常等の理由により、**ワクチンを廃棄した場合は、「ワクチン廃棄報告書」を作成し、速やかに総務班長（副班長）又は総務班調整担当に提出してください。**
- ・ 接種ブース内で発生したゴミについては、注射器（針を含む）は医療廃棄物容器に廃棄し、その他（アルコール綿、手袋等）はすべて、ゴミ箱（ゴミ袋）に廃棄願います。
- ・ メディカルペール（医療用廃棄物容器）が一杯になりましたら、フタをして開かないようにしておいてください。
- ・ バイアルが入っていた紙箱は廃棄しないようお願いします。

13 業務の終わり

最後のワクチン接種者の接種が終わりましたら、医療班長が業務終了の連絡をいたしますので、それまで待機をお願いいたします。

接種会場概要図

3 6 m



駐車場（救急車進入路）

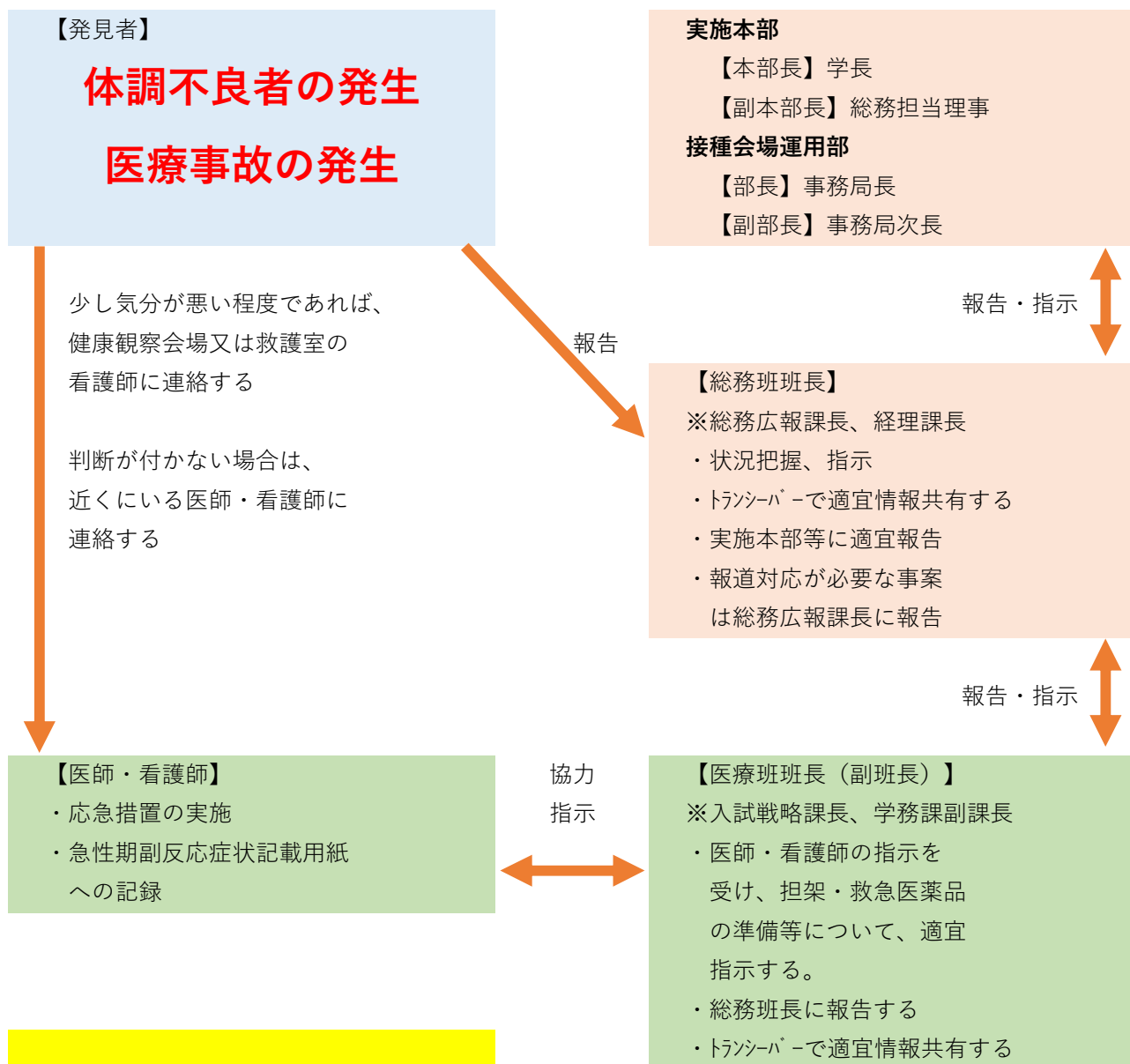
4 5 m

壁（開口部出入口）	→	接種者動線
パーティション	→	スタッフ動線
ポール・ロープ	長机	1800mm
*		待機位置表示
🚫		関係者以外立入禁止表示

必要人員
★ 2 医師
◎ 9 看護師、薬剤師
○ 20 職員（外注含む）
△ 9 学生バイト

縮尺： アリーナ内は1マス約1m目安。アリーナ外はイメージのみ。

緊急時対応フロー

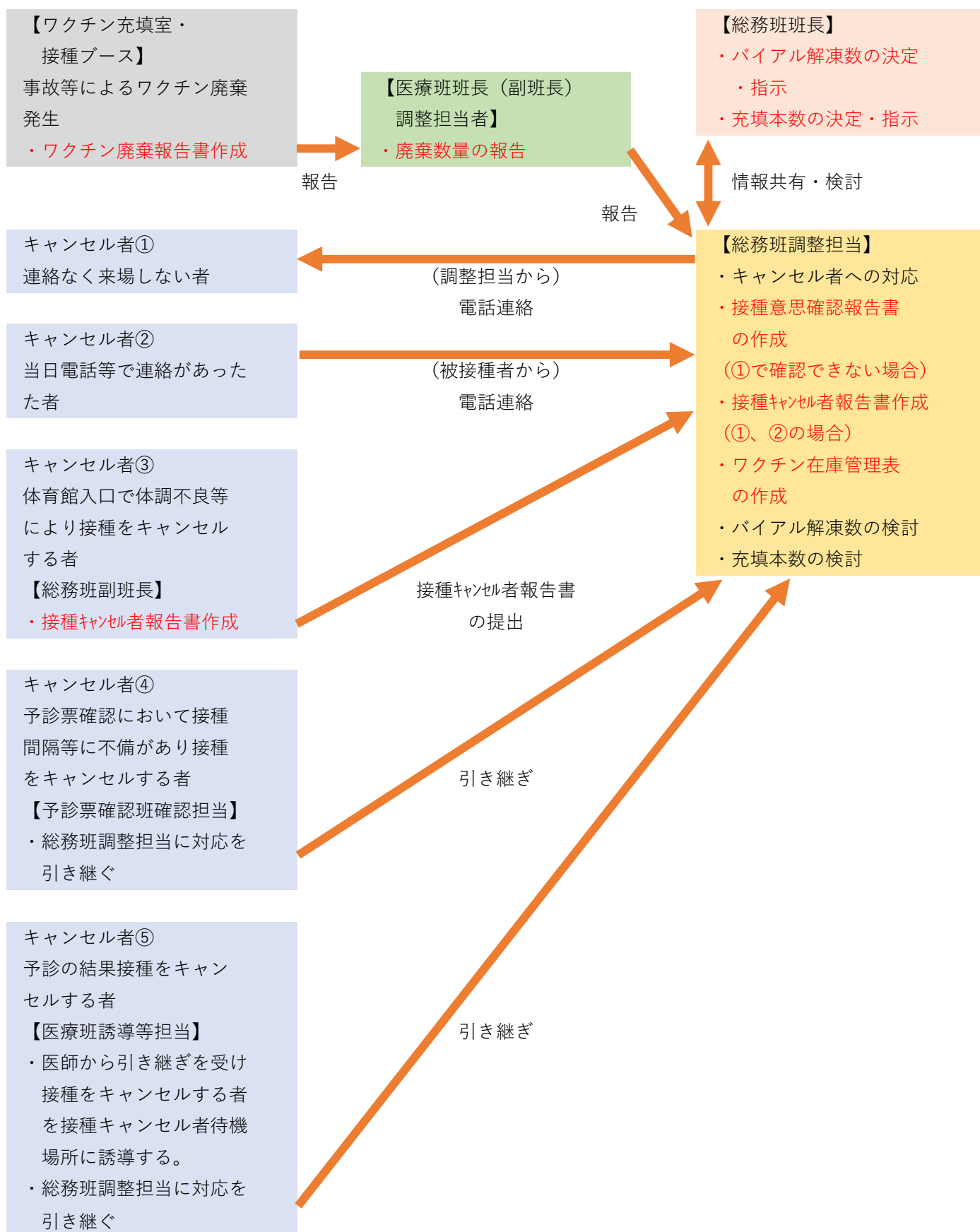


救急要請：119

- ・ 搬送先について
 医師から指定があるとき → 医師間連絡のもと搬送
 特に指示がないとき → 指示はない旨救急隊に伝え、救急隊に一任
- ・ 医師間連絡時
 紹介先医師又は各病院の救急担当医へ連絡

製鉄記念室蘭病院（知利別）	0 1 4 3 - 4 4 - 4 6 5 0
市立室蘭総合病院（山手町）	0 1 4 3 - 2 5 - 3 1 1 1
日鋼記念病院（母恋）	0 1 4 3 - 2 4 - 1 3 3 1

接種キャンセル者・ワクチン廃棄に係る報告フロー



急性期副反応症状記載用紙 (COVID-19 ワクチン)

記録日	令和3年 月 日 ()
場所	(職域)国立大学法人室蘭工業大学接種会場 (体育館)
氏名(フリガナ)	
生年月日	(西暦) 年 月 日
年齢	満 歳
性別	男 ・ 女
ワクチン接種	1回目 ・ 2回目
ワクチン種類	モデルナ
ワクチン接種時間	時 分

初期症状出現	接種後 分
症状	意識低下、全身性蕁麻疹または紅斑、呼吸苦、めまい、しびれ 頭痛、吐き気、嘔吐、腹痛、局所の蕁麻疹・痒み・動悸 その他 ()

対応場所 (救護室 ・ 経過観察場所)

対 応 (医師 看護師 保健師)

記 録 者 (医師 看護師 保健師)

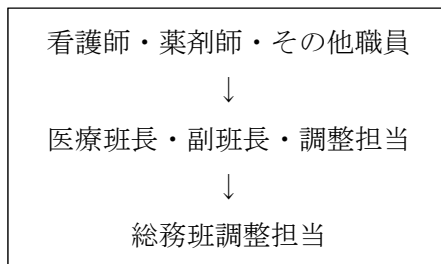
経 過

時間	意識	血圧	心拍	SpO2	体温	皮膚症状	呼吸状態	その他
:								
:								
:								
:								
:								
:								
:								

【転帰】 救急要請
搬送先
その他

記入後は、医療班長(副班長)又は医療班調整担当者に提出してください。

ワクチン廃棄報告書



本紙はワクチンを廃棄した者が作成し、速やかに医療班長（副班長）又は医療班調整担当に提出してください。

※薬液（ワクチン）が充填されていないシリンジのみを廃棄した場合は、作成不要です。

日付	月 日（ 曜日）
廃棄時刻	時 分頃
廃棄本数 （シリンジ単位）	本
廃棄理由	<input type="checkbox"/> シリンジ・針の破損（疑い） <input type="checkbox"/> 薬液の濁り・異物混入 <input type="checkbox"/> 被接種者の体調が急変したため <input type="checkbox"/> 搬送トラブル（トレイから落下等） <input type="checkbox"/> その他 ()
報告書作成者氏名	

（事務確認欄・提出先）

<input type="checkbox"/> 医療班長（又は副班長・調整担当）	/
<input type="checkbox"/> 総務班調整担当	