

新型コロナワクチン予防接種についての説明書

ファイザー社製

新型コロナウイルスワクチン接種について

本ワクチンの接種は国と地方自治体による新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）ワクチン接種事業の一環として行われます。本ワクチンの接種は公費対象となり、希望者は無料で接種可能です。なお、本ワクチンは16歳以上の方が対象です。

ワクチンの効果と投与方法

今回接種するワクチンはファイザー社製のワクチンです。新型コロナウイルス感染症の発症を予防します。

ワクチンを受けた人が受けていない人よりも、新型コロナウイルス感染症を発症した人が少ないということが分かっています。（発症予防効果は約95%と報告されています。）

販売名	コミナティ [®] 筋注
効能・効果	SARS-CoV-2による感染症の予防
接種回数・間隔	2回（通常、3週間の間隔） ※筋肉内に接種
接種対象	16歳以上（16歳未満の人に対する有効性・安全性はまだ明らかになっていません。）
接種量	1回0.3 mLを合計2回

- 1回目の接種後、通常、3週間の間隔で2回目の接種を受けてください。（接種後3週間を超えた場合は、できるだけ速やかに2回目の接種を受けてください。）
- 1回目に本ワクチンを接種した場合は、2回目も必ず同じワクチン接種を受けてください。
- 本ワクチンの接種で十分な免疫ができるのは、2回目の接種を受けてから7日程度経って以降とされています。現時点では感染予防効果は明らかになっていません。ワクチン接種にかかわらず、適切な感染防止策を行う必要があります。

予防接種を受けることができない人

下記にあてはまる方は本ワクチンを接種できません。該当すると思われる場合、必ず接種前の診察時に医師へ伝えてください。

- 明らかに発熱している人（※1）
- 重い急性疾患にかかっている人
- 本ワクチンの成分に対し重度の過敏症（※2）の既往歴のある人
- 上記以外で、予防接種を受けることが不適当な状態にある人

（※1）明らかな発熱とは通常37.5℃以上を指します。ただし、37.5℃を下回る場合も平時の体温を鑑みて発熱と判断される場合はこの限りではありません。

（※2）アナフィラキシーや、全身性の皮膚・粘膜症状、喘鳴、呼吸困難、頻脈、血圧低下等、アナフィラキシーを疑わせる複数の症状。

予防接種を受けるに当たり注意が必要な人

下記にあてはまる方は本ワクチンの接種について、注意が必要です。該当すると思われる場合は、必ず接種前の診察時に医師へ伝えてください。

- 抗凝固療法を受けている人、血小板減少症または凝固障害のある人
- 過去に免疫不全の診断を受けた人、近親者に先天性免疫不全症の方がいる人
- 心臓、腎臓、肝臓、血液疾患や発育障害などの基礎疾患のある人
- 過去に予防接種を受けて、接種後2日以内に発熱や全身性の発疹などのアレルギーが疑われる症状がでた人
- 過去にけいれんを起こしたことがある人
- 本ワクチンの成分に対して、アレルギーが起こるおそれがある人

（うらへ続く）

妊娠中、又は妊娠している可能性がある人、授乳されている人は、接種前の診察時に必ず医師へ伝えてください。

本剤には、これまでのワクチンでは使用されたことのない添加剤が含まれています。過去に、薬剤で過敏症やアレルギーを起こしたことがある人は、接種前の診察時に必ず医師へ伝えてください。

接種を受けた後の注意点

- 本ワクチンの接種を受けた後、15 分以上（過去にアナフィラキシーを含む重いアレルギー症状を起こしたことがある方や、気分が悪くなったり、失神等を起こしたりしたことがある方は 30 分以上）、接種を受けた施設でお待ちいただき、体調に異常を感じた場合には、速やかに医師へ連絡してください。（急に起こる副反応に対応できます。）
- 注射した部分は清潔に保つようし、接種当日の入浴は問題ありませんが、注射した部分はこすらないようにしてください。
- 当日の激しい運動は控えてください。

副反応について

主な副反応は、注射した部分の痛み、頭痛、関節や筋肉の痛み、疲労、寒気、発熱等があります。また、まれに起こる重大な副反応として、ショックやアナフィラキシーがあります。なお、本ワクチンは、新しい種類のワクチンのため、これまでに明らかになっていない症状が出る可能性があります。接種後に気になる症状を認めた場合は、接種医あるいはかかりつけ医に相談しましょう。

予防接種健康被害救済制度について

予防接種では健康被害（病気になったり障害が残ったりすること）が起こることがあります。極めてまれではあるものの、なくすことができないことから、救済制度が設けられています。

新型コロナワクチンの予防接種によって健康被害が生じた場合にも、予防接種法に基づく救済（医療費・障害年金等の給付）が受けられます。申請に必要な手続きなどについては、住民票がある市町村にご相談ください。

新型コロナウイルス感染症について

SARS-CoV-2 による感染症が発症すると、熱や咳など風邪によく似た症状がみられます。軽症のまま治癒する人も多い一方、重症化すると、呼吸困難などの肺炎の症状が悪化し、死に至る場合もあります。

今回接種する新型コロナウイルスワクチン（ファイザー社製のワクチン）の特徴

本剤はメッセンジャーRNA（mRNA）ワクチンであり、SARS-CoV-2 のスパイクタンパク質（ウイルスがヒトの細胞へ侵入するために必要なタンパク質）の設計図となる mRNA を脂質の膜に包んだ製剤です。本剤接種により mRNA がヒトの細胞内に取り込まれると、この mRNA を基に細胞内でウイルスのスパイクタンパク質が産生され、スパイクタンパク質に対する中和抗体産生及び細胞性免疫応答が誘導されることで、SARS-CoV-2 による感染症の予防ができると考えられています。

本剤には、下記の成分が含まれています。

有効成分	◇ トジナメラン（ヒトの細胞膜に結合する働きを持つスパイクタンパク質の全長体をコードする mRNA）
添加物	◇ A L C - 0 3 1 5 : [(4 - ヒドロキシブチル) アザンジール] ビス (ヘキサン - 6 , 1 - ジイル) ビス (2 - ヘキシルデカン酸エステル) ◇ A L C - 0 1 5 9 : 2 - [(ポリエチレングリコール) - 2000] - N , N - ジテトラデシルアセトアミド ◇ D S P C : 1 , 2 - ジステアロイル - sn - グリセロ - 3 - ホスホコリン ◇ コレステロール ◇ 塩化カリウム ◇ リン酸二水素カリウム ◇ 塩化ナトリウム ◇ リン酸水素ナトリウム二水和物 ◇ 精製白糖

新型コロナワクチンの詳しい情報については、厚生労働省のホームページをご覧ください。

厚労 コロナ ワクチン

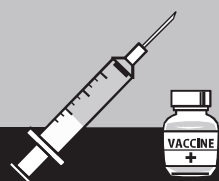
検索



ホームページをご覧になれない場合は、お住まいの市町村等にご相談ください。

新型コロナワクチン 接種のお知らせ

接種費用
無料
(全額公費)



ワクチン接種までの流れ

新型コロナワクチンの対象者は、16歳以上の方です。
新型コロナワクチンの接種は、医療従事者など、高齢者、基礎疾患のある方などの順に行います。
ご自身の接種の順番が来るまでお待ちください。

※ 高齢者や基礎疾患のある方の範囲は、裏面をご覧ください。
※ ワクチンの供給量によっては、少しお待ちいただく可能性はありますが、希望されるすべての方が接種できるように、ワクチンは順次供給されます。安心してお待ちください。

1 医療機関 / 集団接種会場を探す

市政だより、市・厚生労働省のホームページ及び接種券に同封する集団接種会場一覧で、ワクチンを受けることができる医療機関や集団接種会場を探しましょう。

詳しくは厚生労働省の接種総合案内サイト「コロナワクチンナビ」をご確認ください。

「コロナワクチンナビ」サイトアドレス: <https://v-sys.mhlw.go.jp>

※ 入院中・入所中の方などを除き、ワクチンは住民票のある市町村(住所地)で受けます。
住所地以外でのワクチン接種については、裏面をご覧ください。
※ コロナワクチンナビで予約をすることはできません。



2 予約する

予約の開始日については、ワクチンの供給量を踏まえて決定します。
決まり次第、市ホームページや市政だよりなどでお知らせします。



WEB (集団接種会場、一部の医療機関)

予約サイト <https://v-yoyaku.jp/141305-kawasaki>

電話 (集団接種会場)

新型コロナウイルスワクチン予約コールセンター
044-200-1080 (8:30~18:00 土日祝含む)

その他 (医療機関)

コロナワクチンナビや市のホームページでご確認の上、
医療機関にお問い合わせください。



当日の持ち物

- ・ 接種券
- ・ 本人確認書類 (運転免許証、健康保険証など)
- ・ 予診票 (事前にご記入の上、ご持参ください。)

※ 接種前にご自宅で体温を測定し、明らかな発熱 (37.5度以上) がある場合や体調が悪い場合などは、接種を控え、予約を取り直してください。

※ **上腕にワクチンを接種しますので、肩を出しやすい服装でお越しください。**

※ ワクチンの効果を十分得るために、同じ種類のワクチンを一定の間隔を空けて2回受ける必要があります。
1回目を受けた際、次回接種がいつから可能なのかご確認ください。

※ 同封の接種券は、シールをはがさずに、台紙ごとお持ちください。

◎ 高齢者の接種について

令和3年度中に65歳に達する方（昭和32年4月1日以前に生まれた方）から接種を開始しますが、ワクチンの供給量によっては、その中でさらに時期を分けることもあります。

◎ 基礎疾患のある方の接種について

高齢者の次に接種を開始する予定です。

同時期に、高齢者施設等の従事者への接種も開始する予定です。

基礎疾患のある方とは、次のいずれかにあてはまる方です。なお、対象となる基礎疾患の範囲は、今後、国内外の新たな科学的知見等に基づき、国において検討され、変更となる場合があります。

① 以下の病気や状態の方で、通院/入院している方

- | | |
|--|--------------------------------------|
| 1. 慢性の呼吸器の病気 | 8. ステロイドなど、免疫の機能を低下させる治療を受けている |
| 2. 慢性の心臓病（高血圧を含む。） | 9. 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患 |
| 3. 慢性の腎臓病 | 10. 神経疾患や神経筋疾患が原因で身体の機能が衰えた状態（呼吸障害等） |
| 4. 慢性の肝臓病（肝硬変等） | 11. 染色体異常 |
| 5. インスリンや飲み薬で治療中の糖尿病又は他の病気を併発している糖尿病 | 12. 重症心身障害（重度の肢体不自由と重度の知的障害とが重複した状態） |
| 6. 血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。） | 13. 睡眠時無呼吸症候群 |
| 7. 免疫の機能が低下する病気（治療や緩和ケアを受けている悪性腫瘍を含む。） | |

② 基準（BMI 30以上）を満たす肥満の方

※ BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m)

※ BMI 30以上の目安：身長170cmの方は体重86.7kg以上、身長160cmの方は体重76.8kg以上

◎ 住民票がある場所（住所地）以外での接種について

- ・ 入院・入所中の医療機関や施設での接種を希望する方⇒医療機関や施設にご相談ください。
- ・ 基礎疾患で治療中の医療機関での接種を希望する方⇒医療機関にご相談ください。
- ・ お住まいが住所地と異なる方⇒実際にお住まいの地域でワクチンを受けられる場合があります。コロナワクチンナビでご確認いただくか、実際にお住まいの市町村の相談窓口にお問い合わせください。

新型コロナワクチンの有効性・安全性などの詳しい情報については、首相官邸ワクチン特設ページをご覧ください。

官邸 コロナ ワクチン 検索



問合せ先

川崎市新型コロナウイルスワクチン
予約コールセンター

TEL 044-200-1080

FAX 044-200-3928

川崎市健康福祉局保健所
新型コロナウイルスワクチン調整室

川崎市川崎区宮本町1番地

川崎市ホームページ
<https://www.city.kawasaki.jp/>

川崎市 コロナ ワクチン 検索





新型コロナウイルスワクチン接種の 予約方法



予約の開始日については、ワクチンの供給量を踏まえて決定します。
決まり次第、市ホームページや市政だよりなどでお知らせします。

集団接種会場の予約方法

- 予約の際は、同封した接種券右上に記載の「ログインID」と「パスワード」が必要となります。お手元に接種券をご用意ください。
- 予約のキャンセル・変更は、予約サイト又はコールセンターで行えます。

(1) 予約サイトでの予約 (予約にはメールアドレスの登録が必要です。)

受付時間: 24時間 (メンテナンスのために一時的に停止する場合があります。)

URL <https://v-yoyaku.jp/141305-kawasaki>



[予約サイト]

(2) コールセンターでの予約

受付時間: 8:30～18:00 (土日祝含む)

電話番号: **044-200-1080**



医療機関の予約方法

上記(1)の予約サイトでの予約又は医療機関へ直接ご連絡いただくことを予定しております。接種を実施している医療機関は随時更新されますので、詳しくは市ホームページ又は市政だよりなどでご確認ください。

なお、次の方については、別途、お手続きが必要となります。

① 市外での接種を希望する場合

お手続きの方法は、コロナワクチンナビ又は接種医療機関が所在する市町村の窓口などでご確認ください。
お手続き後、「住所地外接種届出済証」が発行されますので、接種時にご持参ください。

② 転入・紛失等により接種券の再発行を希望する場合

厚生労働省の接種総合案内サイト「コロナワクチンナビ」での申請が必要になります。

URL <https://v-sys.mhlw.go.jp>

また、上記のコールセンター(044-200-1080)でも受付やご案内ができます。

お手続き後、1週間程度で接種券を郵送します。



[コロナワクチンナビ]

集団接種会場一覧

川崎区 教育文化会館



所在	川崎区富士見2-1-3
交通	JR「川崎駅」から 徒歩約15分

幸区 幸市民館




所在	幸区戸手本町1-11-2
交通	JR「矢向駅」から 徒歩約15分

中原区 中原市民館




所在	中原区新丸子東 3-1100-12
交通	JR「武蔵小杉駅」から 徒歩約3分

高津区 高津市民館



所在	高津区溝口1-4-1
交通	JR「武蔵溝ノ口駅」から 徒歩約2分

宮前区 宮前市民館



所在	宮前区宮前平2-20-4
交通	東急田園都市線「宮前平 駅」から徒歩約10分

多摩区 多摩市民館



所在	多摩区登戸1775-1
交通	JR「登戸駅」から 徒歩約10分

麻生区 麻生市民館



所在	麻生区万福寺1-5-2
交通	小田急線「新百合ヶ丘駅」 から徒歩約3分

【医療機関一覧】

医療機関は随時更新されますので、
詳しくは市ホームページ又は市政だよりなどで
ご確認ください。

問合せ先

**川崎市新型コロナウイルスワクチン
予約コールセンター**

TEL 044-200-1080
FAX 044-200-3928

川
Colors, Future!
いろいろって、未来。
川崎市

川崎市健康福祉局保健所
新型コロナウイルスワクチン調整室
川崎市ホームページ
<https://www.city.kawasaki.jp/>

川崎市川崎区宮本町1番地

川崎市 コロナ ワクチン 🔍 検索



新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

※左隅に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください

(クーポン貼付)

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

質問事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナウイルス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	
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	
『新型コロナウイルスワクチンの説明書』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	
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	
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	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
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	
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	
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	
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	
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	
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	
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	
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 (<input type="checkbox"/> 可能 ・ <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 被接種者は6歳未満である (該当する場合は塗りつぶしてください)	医師署名又は記名押印
-------	---	------------

新型コロナウイルス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

(※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)
(※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被後見人の場合は本人又は成年後見人自署)

医師記入欄	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	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> ml	実施場所	<input type="text"/>
	※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 202 年 月 日

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

住民票に記載されている住所	都 道 市 区 府 県 町 村	
フリガナ	氏 名	電話 番 号 () -
生年月日 (西暦)	年 月 日 日生 (満 歳)	☐ 男 ・ ☐ 女 診察前の体温 度 分

質問事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナウイルス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)	☐ はい ☐ いいえ	
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。	☐ はい ☐ いいえ	
『新型コロナウイルスワクチンの説明書』を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。	☐ はい ☐ いいえ	
接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。 ☐ 医療従事者等 ☐ 65歳以上 ☐ 60~64歳 ☐ 高齢者施設等の従事者 ☐ 基礎疾患を有する(病名:)	☐ はい ☐ いいえ	
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: ☐ 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 ☐ 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	
その病気を診てもらっている医師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()	☐ 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。 種類() 症状()	☐ はい ☐ いいえ	
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	
2週間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	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6歳未満である (該当する場合は塗りつぶしてください)	医師署名又は記名押印
-------	--	------------

新型コロナウイルス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

(※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)
(※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被後見人の場合は本人又は成年後見人自署)

医師記入欄	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	☐ . ☐ ml	実施場所 医師名	医療機関等コード 接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日 202 年 月 日

(注)有効期限が切れていないか確認