

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せん。）
- 注射した部分は清潔に保つようにし、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	◇ ALC-0315：〔（4-ヒドロキシブチル）アザンジール〕ビス（ヘキサ-6,1-ジール）ビス（2-ヘキシルデカン酸エステル） ◇ ALC-0159：2-〔（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 ◇ DSPC：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

1 接種可能な時期を確認する

新型コロナワクチンは、**医療従事者等、高齢者、基礎疾患のある方、高齢者施設等の従事者**等から順次接種を開始する予定です。ご自身の接種の順番をご確認いただき、順番が来るまでお待ちください。

- ※ 国からの発表をお待ちください。厚生労働省のホームページやお住まいの市町村の相談窓口でもご確認いただけます。
- ※ 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。
- ※ 少しお待ちいただく可能性はありますが、接種を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。

2 接種会場を探す

広報やインターネットで、ワクチンを受けることができる接種会場を探しましょう。

詳しくは右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>

- ※ 医療機関や接種会場を探すことができない場合は、お住まいの市町村にお問い合わせすることができます。
- ※ 入院中・入所中の方等を除き、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直接予約をすることはできません。



「コロナワクチンナビ」
二次元コード

3 予約して、ワクチンを受ける

大山町の接種会場 **大山町保健福祉センターなわ**
予約専用電話：**0859-54-6400**



当日の
持ち物

- ・ クーポン券(このお知らせに同封されています)
- ・ 本人確認書類(運転免許証、健康保険証等)



- ※ 接種前にご自宅で体温を測定し、明らかな発熱がある場合や体調が悪い場合などは、接種を控え、予約した市町村の窓口や医療機関にご連絡ください。
- ※ 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。
- ※ 同封されたクーポン券は、2回分の「接種券」や「予防接種済証」が1枚になっています。毎回、切りはなさず台紙ごとお持ちください。

◎ 高齢者の接種開始

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）から接種を予定していますが、そのなかでさらに時期を分けることもあります。

◎ 基礎疾患のある方とは

基礎疾患のある方は、高齢者の次に接種が開始される予定です。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（令和3年2月1日時点の案であり、変更となる可能性があります。）。

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 | 7. 免疫の機能が低下する病気（治療中の悪性腫瘍を含む。） |
| 2. 慢性の心臓病（高血圧を含む。） | 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 |
| 3. 慢性の腎臓病 | 9. 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患 |
| 4. 慢性の肝臓病（ただし、脂肪肝や慢性肝炎を除く。） | 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） |
| 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 | 11. 染色体異常 |
| 6. 血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。） | 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） |
| | 13. 睡眠時無呼吸症候群 |

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の目安：身長170cmで体重87kg、身長160cmで体重77kg

なお、同じ時期に、高齢者施設等の従事者への接種も開始される予定です。

◎ 住民票がある場所（住所他）以外での接種について

- ・ 入院・入所中の医療機関や施設でワクチンを受ける方 → 医療機関や施設でご相談ください。
- ・ 基礎疾患で治療中の医療機関でワクチンを受ける方 → 医療機関でご相談ください。
- ・ 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。

◎ ワクチンを受けるにはご本人の同意が必要です

現在、何かの病気で治療中の方や、体調など接種に不安がある方は、かかりつけ医等とご相談の上、ワクチンを受けるかどうかお考えください。

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



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。

お問い合わせ先

○ 大山町役場 健康対策課 TEL：0859-54-5206

○ 鳥取県新型コロナウイルスワクチン相談センター

（ワクチンの副反応や効果、かかりつけ医がないなどの専門的な相談）

TEL：0120-000-406 FAX：0857-50-1033

65歳以上用

新型コロナワクチン接種のご案内

《当日持参》

新型コロナワクチン予防接種を実施します。同封の「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)」をお読みの上、接種を希望される方は接種を受けてください。

◆◆【予防接種の受け方】◆◆

対象者：高齢者（令和3年度内に65歳以上になられる S32.4.1 生まれまでの方）
接種順位は、高齢者、高齢者以外で基礎疾患を有する者・高齢者施設等の従事者、それ以外の者(16歳以上)の順で接種をします。

接種回数：2回（1回目から20日の間隔をあける）

接種期間：令和4年2月28日まで

接種場所：**【集団接種】会場 保健福祉センターなわ**（大山町御来屋 467 番地）

当面の間は、ワクチン供給量を勘案し、効率的にワクチン接種をすすめていくため集団接種を基本として実施します。

長期入院・入所している方、高齢者施設入所者、やむを得ない事情で集団接種が利用できない方等は、かかりつけ医又は施設等とご相談ください。

接種日と予約方法：

接種日は決まり次第、防災無線・ホームページ等でお知らせします。

その後、予約受付を開始します。

★予約専用電話で2回分の予約をしてください★

【予約専用☎】：0859-54-6400（月～金曜の平日 8:30～17:00）

	予 約 日	受 付 時 間	予約番号
1回目	月 日 ()	: ~ :	
2回目	月 日 ()	: ~ :	

当日の持ち物：①クーポン券 ②予診票(要記入) ③コロナ問診(要記入)
④ご案内(この用紙) ⑤保険証または運転免許証等ご本人を証明するもの

料 金： 無 料

◆◆【お願い】◆◆

- 接種当日はマスク着用、受付時間の厳守、肩を出しやすい服装でお越しください。
- コロナ問診の回答内容によってはその日の接種をお断りする場合があります。
- 予診票は医師が接種の可否を決める大切な情報です。記入見本【裏面】を参考に記入してください。また、コロナ問診の記入もお願いします。
- デマンドバス、外出支援サービス事業の利用については【裏面】をご覧ください。
- 町外に転出された場合は転出先市町村から新たにクーポン券の発行を受けてください。

【問合せ先】：大山町役場 健康対策課

電話：0859-54-5206 【月～金曜の平日 8:30～17:15】

メールアドレス：kenkoutaisaku@town.daisen.lg.jp

【裏面】へ👉

◆**デマンドバス(スマイル大山号)**の利用

次のとおりご利用ください。なお、利用には登録が必要となります。(企画課(電話 0859-54-5202)または乗車時のいずれかで登録できます。)

- ① 予約センター(電話 0800-200-4894)へ事前にご予約ください。(帰りの乗車予約も可)
- ② 乗車時にクーポン券を運転手にご提示ください。利用料をお支払いいただき、降車時に「スマイル大山号乗車証明書」をお受け取りください。
- ③ 「スマイル大山号乗車証明書」を接種会場の受付係に提出し、往復金額分の「回数乗車券」をお受け取りください。

◆**外出支援サービス事業** 登録者の方へ

登録しておられる方は、新型コロナワクチンの集団接種を受ける際には無料でご利用いただけます。通常の医療機関通院の利用回数にはカウントしませんので、安心してご利用ください。予約方法等は通常のご利用と同じです。なお、外出支援サービス事業は福祉介護課の事業です。

◆**予診票について(記入見本)**

同封しました予診票は、接種日に必ず記入してご持参ください。記入漏れがあると待ち時間が長くなります。

*** 記入の仕方 ***

 枠内はボールペンまたはペンで必ず記入ください

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

※本枠内には記入またはチェックを入れてください。

所在地 〒 467-0000 鳥取	施設名 御米屋 467	市町村 大山	診療科 内科																																								
氏名 大山 太郎	電話番号 0859 54 5206	生年月日 1950 年 8 月 8 日	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2">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。</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>はい <input checked="" type="checkbox"/>いいえ</td> <td>接種を受けたことのある姓名(漢字)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">接種地点が住居のある市町村と、クーポン券に記載されている市町村は同じですか。</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>はい <input checked="" type="checkbox"/>いいえ</td> <td>新型コロナウイルスワクチンの「証明書」を既に、効果や副反応などについてご確認ください。</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>はい <input checked="" type="checkbox"/>いいえ</td> <td>接種部位の上肢と右側の対食グループに該当しますか。</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>はい <input checked="" type="checkbox"/>いいえ</td> <td>接種部位が「65歳以上」「60～64歳」「高齢者施設等の従事者」「重症疾患を有する(病名)」</td> </tr> <tr> <td colspan="2">現在、何らかの病気にかかっている(接種を控えている)病気はありますか。</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>はい <input checked="" type="checkbox"/>いいえ</td> <td>病名(アレルギー、糖尿病、気管炎、血圧高値、心臓疾患、血行不全、その他)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">治療内容(薬を服用している薬) (その他)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">その病気を治している医師に今日の予診接種を受けていいと言われたことがありますか。</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>はい <input checked="" type="checkbox"/>いいえ</td> <td>最近1ヶ月以内に発かぶまり、病気ににかかっていますか。病名()</td> </tr> <tr> <td colspan="2">今日、体に具合が悪いと感じることはありませんか。症状()</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>はい <input checked="" type="checkbox"/>いいえ</td> <td>けいけん(めまい)を起したことがありますか。</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>はい <input checked="" type="checkbox"/>いいえ</td> <td>顔や皮膚などを凍いけいけん(凍瘡)や凍傷(凍瘡)などを起したことがありますか。</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>はい <input checked="" type="checkbox"/>いいえ</td> <td>薬、食品などを誤飲したことがありますか。</td> </tr> <tr> <td colspan="2">これまでに予診接種を受けて具合が悪くなったことはありませんか。</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>はい <input checked="" type="checkbox"/>いいえ</td> <td>種類() 症状()</td> </tr> <tr> <td colspan="2">現在を病んでいる可能性がある(生物が予定通り動いている)はありますか。または、投薬中ですか。</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>はい <input checked="" type="checkbox"/>いいえ</td> <td>最近期間内に予診接種を受けましたか。種類() 受付日()</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>はい <input checked="" type="checkbox"/>いいえ</td> <td>今日の予診接種について質問がありますか。</td> </tr> </table>				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。		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	接種を受けたことのある姓名(漢字)	接種地点が住居のある市町村と、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 checked="" type="checkbox"/> いいえ	新型コロナウイルスワクチンの「証明書」を既に、効果や副反応などについてご確認ください。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	接種部位の上肢と右側の対食グループに該当しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	接種部位が「65歳以上」「60～64歳」「高齢者施設等の従事者」「重症疾患を有する(病名)」	現在、何らかの病気にかかっている(接種を控えている)病気はありますか。		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	病名(アレルギー、糖尿病、気管炎、血圧高値、心臓疾患、血行不全、その他)	治療内容(薬を服用している薬) (その他)		その病気を治している医師に今日の予診接種を受けていいと言われたことがありますか。		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	最近1ヶ月以内に発かぶまり、病気ににかかっていますか。病名()	今日、体に具合が悪いと感じることはありませんか。症状()		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	けいけん(めまい)を起したことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	顔や皮膚などを凍いけいけん(凍瘡)や凍傷(凍瘡)などを起したことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	薬、食品などを誤飲したことがありますか。	これまでに予診接種を受けて具合が悪くなったことはありませんか。		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	種類() 症状()	現在を病んでいる可能性がある(生物が予定通り動いている)はありますか。または、投薬中ですか。		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	最近期間内に予診接種を受けましたか。種類() 受付日()	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	今日の予診接種について質問がありますか。
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。																																											
<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	接種を受けたことのある姓名(漢字)																																										
接種地点が住居のある市町村と、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 checked="" type="checkbox"/> いいえ	新型コロナウイルスワクチンの「証明書」を既に、効果や副反応などについてご確認ください。																																										
<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	接種部位の上肢と右側の対食グループに該当しますか。																																										
<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	接種部位が「65歳以上」「60～64歳」「高齢者施設等の従事者」「重症疾患を有する(病名)」																																										
現在、何らかの病気にかかっている(接種を控えている)病気はありますか。																																											
<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	病名(アレルギー、糖尿病、気管炎、血圧高値、心臓疾患、血行不全、その他)																																										
治療内容(薬を服用している薬) (その他)																																											
その病気を治している医師に今日の予診接種を受けていいと言われたことがありますか。																																											
<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	最近1ヶ月以内に発かぶまり、病気ににかかっていますか。病名()																																										
今日、体に具合が悪いと感じることはありませんか。症状()																																											
<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	けいけん(めまい)を起したことがありますか。																																										
<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	顔や皮膚などを凍いけいけん(凍瘡)や凍傷(凍瘡)などを起したことがありますか。																																										
<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	薬、食品などを誤飲したことがありますか。																																										
これまでに予診接種を受けて具合が悪くなったことはありませんか。																																											
<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	種類() 症状()																																										
現在を病んでいる可能性がある(生物が予定通り動いている)はありますか。または、投薬中ですか。																																											
<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	最近期間内に予診接種を受けましたか。種類() 受付日()																																										
<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	今日の予診接種について質問がありますか。																																										

クーポン券を事前に貼らないこと

西暦で記入

該当する項目を記入し、回答欄にチェックする

新型コロナウイルスワクチン接種済票

接種日を記入

接種したワクチン種類 mRNA 接種を希望しない 接種を希望する

接種日(年) 2022 (月) 08 (日) 08

接種場所は **大山 太郎**

接種者(氏名) **大山 太郎**

接種者(生年月日) **1950**年**08**月**08**日

接種者(性別) 男 女

接種者(電話番号) **0859 54 5206**

接種者(住所) **〒467-0000 鳥取 大山**

接種者(施設名) **御米屋 467**

接種者(診療科) **内科**

接種者(氏名) **大山 太郎**

接種者(生年月日) **1950**年**08**月**08**日

接種者(性別) 男 女

接種者(電話番号) **0859 54 5206**

接種者(住所) **〒467-0000 鳥取 大山**

接種者(施設名) **御米屋 467**

接種者(診療科) **内科**

自署