

## 大治町

# 新型コロナワクチン接種の受け方



ワクチン接種は、義務ではありません。感染症予防の効果と副反応のリスクの双方について理解した上で、希望される方は接種してください。

### 接種方法・会場

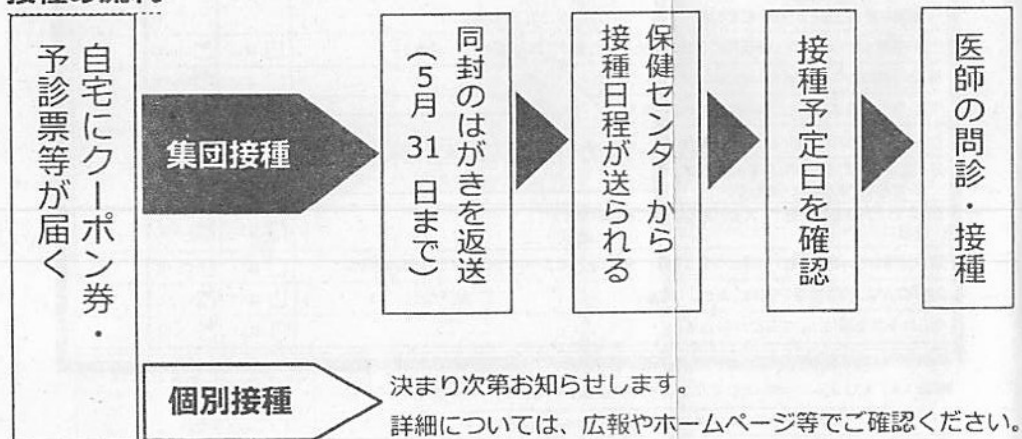
- ① 集団接種：スポーツセンター 2階 メインアリーナ
- ② 個別接種：海部地区指定医療機関 等

### 接種の方法（ファイザー製ワクチン）

2回の接種が必要です。

通常1回目の接種から3週間後に2回目の接種を受けます。1回目から3週間を超えた場合には、できるだけ早く2回目の接種を受けてください。

### 接種の流れ



### はがきについて

集団接種を希望される方は、令和3年5月31日(月)までに同封のはがきを記入・個人情報保護シール貼付の上、ご返送ください。順次、接種日決定のお知らせをお送りします。決定した接種日(1・2回目両日とも)に来ることができない場合、必ず下記までご連絡ください。

※6月1日以降の申込については、お問い合わせください。

大治町新型コロナワクチン接種コールセンター ☎052(444)8211

費用 無料

接種期間 令和3年5月上旬～令和4年2月28日

### その他

- ・駐車場には限りがあります。集団接種会場にお越しの際は、乗り合わせ等にご協力お願いします。
- ・巡回バスを運行する予定です。決まり次第、広報やホームページでコース、時間等をお知らせします。

### 相談窓口等

#### ◎ワクチン施策等に関する問い合わせ

厚生労働省新型コロナワクチンコールセンター  
電話番号 0120(761)770 午前9時～午後9時(平日・土日・祝日)

#### ◎ワクチン接種の効果や副反応などに関する問い合わせ

愛知県新型コロナウイルス感染症健康相談窓口  
電話番号 052(954)6272 午前9時～午後5時30分(平日・土日・祝日)  
052(856)0315 夜間・休日のみ

#### ◎町のワクチン接種・予約等に関する問い合わせ

大治町新型コロナワクチン接種コールセンター  
電話番号 052(444)8211 午前8時30分～午後5時(平日のみ)

裏面は当日のご案内です 必ずご覧ください



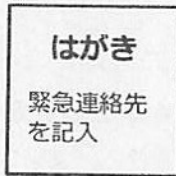
## 接種当日の持ち物

クーポン券



接種日決定通知

※後日送付します



予診票

記入したもの



本人確認書類

運転免許証  
健康保険証 等



入場確認票



肩が出せる服装

肩口に接種します



上履き・

スリッパ等

会場にはありません



お薬手帳

ある方のみ



## 来場時のお願い

37.5度以上の場合は  
接種できません



予約時間を必ず  
お守りください



ワクチン接種  
時間は約1時間

マスクを必ず  
着用して下さい



## 注意事項

- 同封の「新型コロナワクチン接種のお知らせ」および「新型コロナワクチン予防接種についての説明書（ファイザー製）」をよくお読みいただき、注意点や副反応について事前にご確認ください。
- 現在、何ら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、かかりつけ医とご相談の上、ワクチンを受けるかどうかお考え下さい。

# 記入例 SAMPLE

新型コロナワクチン接種の予診票

愛知 都 道 府 県	大 治 市 町	西町3-60	当日検温します 空欄のままお持ちください
フリガナ オオハル タロウ	氏 名 大 治 太 郎	電話番号 (0565) 12-3456	
生年月日 (西暦)	2000年12月31日生 (満20歳)	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
接種回数	1回目	接種場所	医師記入欄
現在、何ら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、かかりつけ医とご相談の上、ワクチンを受けるかどうかお考え下さい。	西暦で記入	YES はい	NO いいえ
接種前日の前夜に発熱したことがありますか。		<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在、何ら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、かかりつけ医とご相談の上、ワクチンを受けるかどうかお考え下さい。		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気がかかったりしましたか。		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ	
かかりつけ医に相談		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
これまで予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ	
2週間以内に予防接種を受けましたか。		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ	

医師記入欄 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。  
 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)

新型コロナワクチン接種希望書

医師の説明を受け、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 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

太枠内をご記入下さい

# 新型コロナウイルス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 <sup>®</sup> 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なかっ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のある人は、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。

新型コロナウイルス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。申請に必要となる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ます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 ) アサンジイル ] 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
	◇ 塩化カルウム
	◇ 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

新型コロナウイルス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。

ホームページをご覧ください。お住まいの市町村等にご相談ください。

厚生労働省

検索

