

# 新型コロナウイルスワクチン接種が始まります

3月5日時点  
での情報です

## 1. 新型コロナウイルスワクチン接種について

新型コロナウイルスワクチン（ファイザー社製）は2回の接種によって、95%の有効性で発熱や咳などの症状が起ることを防ぐ効果が認められています。一般的にワクチン接種後には、免疫をつけるための反応を起こすため、接種部の痛み、発熱、頭痛などの「副反応」が起きる可能性があります。



障がいが残るほどの副反応は極めて稀であるもののゼロではありません。治療中の病気があり接種に不安がある方は主治医に相談していただくをお勧めします。

新型コロナウイルスワクチン接種は、接種を受ける方の同意がある場合に限り接種を行うこととなりますので強制ではありません。ワクチンについて正しく知った上で接種の判断をすることが大切です。

## 2. 接種期間と対象者

接種を行う期間は令和3年2月17日から令和4年2月28日です。

ワクチンを受ける対象は、接種する日に16歳以上の方で、全額無料でワクチン接種ができます。ワクチンの調達は段階的に進むため、重症化リスクの高い方から次のような順で接種することになります。

- ① 医療従事者等
  - ② 高齢者
  - ③ 令和3年度中に65歳に達する方
  - ④ 基礎疾患を有する方
  - ⑤ 高齢者施設等に勤務する方
  - ⑥ それ以外の方
- の順で順次接種が行われます。

## 3. 接種回数と接種の間隔

2回の接種が必要です。ファイザー社のワクチンでは、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。

## 4. 接種を受けられる場所

接種は基本的に住所地で受けることとなります。当町では、優先的に開始される高齢者へのワクチン接種について、

- ① 町内医療機関での個別接種  
（対象：基礎疾患があり定期的な町内医療機関に受診されている方）
  - ② 開発センターでの集団接種  
（①以外の方）
- と2つの方法で準備を進めています。なお、入院・入所中の方は施設ごとに対応を予定しています。
- ただし、町外の医療機関や施設に入院入所している方や基礎疾患で治療中の医療機関でワクチンを受ける方、住まいが住所地と異なる方は、住所地以外で接種できる見込みです。手続きについては、今後お知らせいたします。
- 高齢者以外の接種については、順次お知らせしていく予定です。

# 注意

3月15日、高齢者に届くのはこの用紙のみです

ワクチンクーポン券（接種券）は、

高齢者…4月下旬送付予定

高齢者以外の方…決まり次第送付予定

〒990-1442  
朝日町大字宮前1115番地

朝日 太郎 様

0001

**新型コロナウイルスワクチンを受けられます。**  
**費用負担はありません。**

年齢等により接種いただける時期が異なります。  
ご自身の接種の時期が来るまで、こちらのクーポン券は大切に持ち下さい。

## 【新型コロナウイルスワクチン接種希望調査票】

朝日町新型コロナウイルスワクチン接種希望調査票

〒990-1442 朝日町大字宮前1115番地

氏名 朝日 太郎

〇以下の質問について、該当する回答に〇を付けてください。

問1. あなたは新型コロナウイルスワクチン接種を希望しますか。  
 〇 大抵・大抵中・大抵下の方には、その接種期間または接種の前後のケアワクチン接種を受けることが可能であることを希望していただきます。  
 1. 希望する 2. 希望しない

問2. あなたはどちらでも接種していますか。  
 1. どちら 2. 大抵中・大抵下の方  
 〇 〇を付けていただきます。接種はどちらでも接種期間の順に従ってください。

問3. あなたは事前に記載の基礎疾患があり、「町内」の医療機関に定期的に通っています。（定期的に接種を受ける場合も含まれます。）  
 1. 通っていない 2. 通っている  
 〇 〇を付けていただきます。ケアワクチン接種は定期的に「町内の医療機関」にて受けることとなります。

問4. あなたは医療センターでワクチン接種を受ける際に同意を希望しますか。  
 〇 同意センターでワクチン接種を受ける方は町が同意を行うことが可能です。もし、同意書の署名は市区の公民館などになります。  
 1. 希望する 2. 希望しない

〇以上で調査は終了となります。

ご協力ありがとうございます。この用紙は朝日町の封印用封筒に入れて3月29日（月）までが有効に活用してください。なお、この紙の裏面は接種点における返却用です。ご自身の署名がわかる場合はご不明な点がございましたら、下記の連絡先までご連絡ください。  
 今後については、朝日町ホームページにてご案内させていただきます。

朝日町健康増進課 0237-94-7750

接種券		診察した接種できない場合	
券種 2 ワクチン接種 1 回目	請求先 山形県自治体 063231	券種 1 予約のみ 1 回目	請求先 山形県自治体 063231
患者氏名 00000*****	請求先 朝日 太郎	患者氏名 00000*****	請求先 朝日 太郎
2106323100000*****		1106323100000*****	
券種 2 ワクチン接種 2 回目	請求先 山形県自治体 063231	券種 1 予約のみ 2 回目	請求先 山形県自治体 063231
患者氏名 00000*****	請求先 朝日 太郎	患者氏名 00000*****	請求先 朝日 太郎
2206323100000*****		1206323100000*****	

接種を受ける方へ

- シールは剥がさずに、台紙ごと接種場所へお持ちください。
- 右側の予防接種済証は接種が終わった後大切に保管してください。

## 【新型コロナウイルス感染症ワクチンクーポン券（接種券）】

5. ワクチン接種希望調査に  
ついて（画像上）

高齢者のワクチン接種に先立ち、  
集団接種の希望者を把握するため対象となる方（令和3年度中に65歳に達する方）に3月15日に「接種希望調査票」を送付しています。（返送締切…3月29日）

厚生労働省新型コロナウイルス  
コールセンター  
0120-7611770  
（9時から21時…土日祝日も実施）

8. 接種に関する問い合わせ  
朝日町新型コロナウイルス接種担当  
0237-847755  
（8時30分から17時15分…平日のみ）

4月下旬	高齢者へのクーポン券（接種券）送付
5月上旬	高齢者へワクチン接種を進めていくので全員の接種が終わるには3か月程度はかかる見込み
高齢者以外の接種については、接種状況により今後お知らせします。	

## 7. 接種のスケジュール

6. ワクチンクーポン券に  
ついて（画像左上）

「クーポン券」はワクチン接種に必要な券で、対象者に順次送付されます。クーポン券が届きましたら接種時期が来るまで大切に保管していただき、接種日当日、忘れずに会場にお持ちください。

4/16 全戸配布

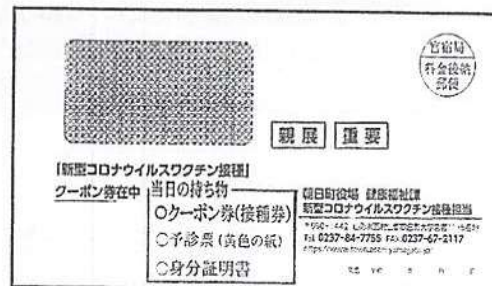
## 新型コロナウイルス感染症関連情報

### 高齢者の方から新型コロナウイルスワクチン接種が始まります。

5月連休明けから、高齢者優先接種対象者の方からワクチン接種が始まります。ワクチンの供給状況に合わせて、段階的に接種を進めていく予定です。

1. 高齢者優先接種対象者とは  
昭和32年4月1日以前に生まれた方(令和3年度中に65歳になる方)です。
2. 接種回数  
ファイザー社製ワクチンは2回接種です。1回目から2回目の接種は3週間あけて接種します。
3. 接種費用は無料です。
4. 接種方法(原則住所地での接種となります)
  - ①開発センターでの集団接種  
集団接種では、75歳以上の方から接種を始め、その後65歳以上74歳以下の方の接種を行います。希望者には送迎バスを配車します。
  - ②町内医療機関での個別接種  
町内3つの医療機関に基礎疾患があり定期受診されている方は、医療機関に予約をして接種となります。
  - ③入所施設、入院中での医療機関での接種  
施設、医療機関に入所・入院されている方は、そちらで受けることになります。
5. クーポン券(接種券)の送付  
先の希望調査に基づき、接種方法についてのご案内とクーポン券(接種券)の送付を始めています。クーポン券(接種券)がお手元に届いたら内容を確認して大切に保管してください。

クーポン券の入っている封筒⇒



## 6. ワクチン接種を受ける際のお願い

ワクチン接種の際は、持ち物を確認の上、接種会場にお越しください。

### 【持ち物】

- ・クーポン券(接種券) ※クーポン券を忘れると接種できません。
- ・予診票(記載例を参考に記入してください)
- ・本人確認のできる書類(運転免許証、健康保険証)

※予防接種をする部位は肩になりますので  
肩を出しやすい服装でお越しください。



## 7. 新型コロナウイルスワクチンに関する相談先

### ①山形県ワクチンコールセンター

予防接種の副反応や医学的な相談に関すること

電話:0120-567-690(コロナ・ロックゼロ)

時間:午前8時30分から午後6時(土日祝日含む)

### ②朝日町新型コロナウイルスワクチン接種担当

町の予防接種の接種場所・予約についての問い合わせ

電話:0237-84-7755

時間:午前8時30分から午後5時15分(平日)

## 8. 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(病気になったり障がいが残ったりすること)が起こることがあります。健康被害が生じた場合には、予防接種法に基づく救済制度があります。申請手続きについては、健康福祉課にご相談いただくことになります。

### ◆情報提供

コロナワクチンナビ

町外の接種医療機関を探すためのコロナワクチンナビ

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



ワクチン接種は段階的に進んでいきますので、ワクチン接種を受けた方も受けていない方も、感染予防対策【マスクの着用、手洗いと手指消毒の励行、3つの密(密集・密接・密閉)の回避】をお願いいたします。

朝日町新型コロナウイルスワクチン接種担当電話: 0237-84-7755

## 新型コロナワクチンを受けた後の注意点

# ワクチンを受けた後は、 15分以上は接種会場で 座って様子を見てください※。

### お待ちの間も、感染対策をお願いします。

(マスクをする、隣の人と距離をとる、会話を控えるなど)

※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、採血等で気分が悪くなったり、失神等を起こしたことがある方は、30分ほどお待ちください。



接種日当日

### 接種後、すぐに現れる可能性のある症状について

アナフィラキシー	<ul style="list-style-type: none"><li>・薬や食物が体に入ってから、短時間で起こることのあるアレルギー反応です。</li><li>・じんま疹などの皮膚症状、腹痛や嘔吐などの消化器症状、息苦しさなどの呼吸器症状が、急に起こります。血压低下や意識レベルの低下(呼びかけに反応しない)を伴う場合をアナフィラキシーショックと呼びます。</li><li>・起こることは極めてまれですが、接種後にもアナフィラキシーが起こっても、すぐに対応が可能なよう、ワクチンの接種会場や医療機関では、医薬品などの準備をしています。</li></ul>
血管迷走神経反射	<ul style="list-style-type: none"><li>・ワクチン接種に対する緊張や、強い痛みをきっかけに、立ちくらみがしたり、血の気が引いて時に気を失うことがあります。</li><li>・誰にでも起こる可能性がある体の反応で、通常、横になって休めば自然に回復します。</li><li>・倒れてケガをしないように、背もたれのある椅子に座って様子を見てください。</li></ul>

#### ワクチンを受けた日の 注意点

- 激しい運動は控えてください。
- 接種部位は清潔に保ちましょう。接種当日の入浴は問題ありませんが、注射した部分は強くこすらないようにしましょう。



数日

### 接種後、数日以内に現れる可能性のある症状について

発現割合	症状
50%以上	接種部位の痛み、疲労、頭痛
10-50%	筋肉痛、悪寒、関節痛、下痢、発熱、接種部位の腫れ
1-10%	吐き気、嘔吐

コミナティ®添付文書より改編

- インフルエンザ等のワクチンより痛みが強いと感じる方もいます。
- これらの症状の大部分は、接種後数日以内に回復しています。
- 疲労や関節痛、発熱など、1回目より2回目の方が、頻度が高くなる症状もあります。

## 新型コロナウイルス感染症検査(PCR 検査)費用を助成します

### 【対象】

町内に住所がある方で以下のいずれにも該当する方、町外に在住している学生で帰省時に検査を希望する方

- ①新型コロナウイルス感染症の感染を疑うような症状のない方
- ②濃厚接触者などには該当しないが、感染に対する不安がある方

### 【検査実施期間】

令和3年3月23日～令和4年3月31日

### 【助成額】

PCR 検査に係る費用(3 万円程度)について、自己負担5千円で受けることができます。※検査結果の証明書などの発行は、別途自己負担になります。

### 【助成回数】

該当する期間に2回まで

### 【費用助成方法】

◆以下の町内医療機関で検査費用支払い時に自己負担額のみ支払う。

安達医院(67-2226) 多田医院(67-2330) 朝日町立病院(67-2125)  
(手続き)

- ①検査を希望する方は、あらかじめ電話で医療機関に申込みを行います。受診方法等については、医療機関の指示に従ってください。
- ②検査当日は、本人確認書類(運転免許証、健康保険証等)を医療機関に提示してください。
- ③町外にお住いの本町出身の学生の方で朝日町に住所のない方は、「PCR 検査費用助成対象証明書」の提示が必要です。

申請書類は、申請書、学生証の写し、本人確認のできる書類(健康保険証等)の写し、朝日町に住所のある保護者の方の本人確認できる書類の写しを提出ください。申請受理後 1 週間程度で証明書をお手元に郵送しますので、検査に間に合うようにお手続きください。

◆3月23日以降に町内3医療機関で既に検査を受けた方は、自己負担額5千円を差し引いた額を助成しますので、5 月末まで健康福祉課に申請して下さい。

(持ち物)

検査を受けた方が 20 歳未満の場合は、申請は保護者となります。

- ①本人確認書類(運転免許証、健康保険証、マイナンバーカードなど)  
検査を受けた方が 20 歳未満の場合は、本人と申請者(保護者)の書類。
- ②医療機関が発行する領収証及び医療費明細書  
(PCR 検査費用・検査実施日が明記されていること)
- ③通帳の写し(振込先) ④印鑑

※ご不明な点等は、健康福祉課にご相談下さい。

担当:健康福祉課保健医療係 電話:67-2116

# 接種案内 同封書類

朝日町大字宮宿 1 1 1 5 番地  
朝日 太郎 様

朝 健 福 発 第 115 号  
令 和 3 年 4 月 16 日

朝日町長 鈴木 浩幸  
( 公 印 省 略 )

## 朝日町新型コロナウイルスワクチン集団接種日程のご案内 (高齢者集団接種)

先にご回答いただきました希望調査により、集団接種を希望された方に、「集団接種日程」のご案内を送付します。

なお、当町では、この度の高齢者集団接種の日程につきましては、75歳以上の高齢者、次いで65歳以上74歳以下の高齢者の順で実施しますので、ご理解とご協力をお願いいたします。

また、予防接種費用は無料です。ファイザー社製ワクチンは2回接種（3週間の間をおいて）となりますので、同封の説明資料をご確認いただきお越し下さい。

### 記

#### 1. 接種日程と場所

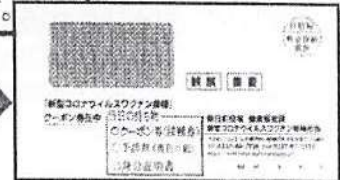
回数	接種日	集合時間	配車時間 (乗車場所)
1回目	令和3年5月7日(金)	午後1時	11時20分 (宮宿公民館)
2回目	令和3年6月1日(火)	午後1時	11時20分 (宮宿公民館)

場所 開発センター

#### 2. 持ち物 **※クーポン券を忘れると当日接種できません。**

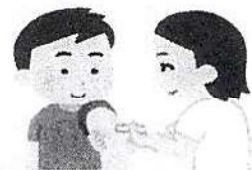
- ①クーポン券 (接種券)
- ②予診票
- ③身分証明書 (健康保険証・運転免許証等)
- ④お薬手帳 (お持ちの方)

この封筒の中に入っています。



#### 【お願い】

当日の服装について、この予防接種は、  
注射部位が肩になるので、  
肩を出しやすい服装でお越しください。



### 3. 注意点

日程変更・日程取消し（医療機関での接種への変更も含む）・配車希望の変更については、接種日の1週間前までにご連絡ください。

また、当日発熱等体調不良により接種できないといった場合も、お手数ですがご連絡をお願いします。

キャンセルが出た場合は、次回の対象者の方にお声がけさせていただくことがあります。

介助等が必要な方にご家族が付き添われることは可能です。車いすをご用意しますので、ご心配なことがございましたら予め下記までご連絡ください。

当日急遽キャンセルが出た場合に、付き添われているご家族が高齢者接種対象者である場合は、接種のお声がけをさせていただくこともありますので、念のため「2. 持ち物」をご持参ください。その他ご不明な点等ございましたらご連絡をお願いいたします。

### 4. 予防接種の流れ

流れ	内容
受付	検温・持ち物確認(クーポン券・予診票・身分証明書)をします。 ※クーポン券を忘れた場合、接種できませんので必ず持参してください。
予診・接種	医師が予診票に記載されている内容を確認し、ご本人が接種を希望され、医師も接種可能と判断した場合、接種を行います。
接種後	予防接種を受けた方は、クーポン券に接種が済んだことの証明を記入したものを受け取ります。
経過観察	経過観察として、接種後15分以上会場にとどまっただき、その後帰宅することになります。

### 5. 情報提供

◆山形県ワクチンコールセンター（予防接種の副反応や医学的な相談）

電話：0120-567-690（コロナ・ロックゼロ）

時間：午前8時30分から午後6時（土日祝日含む）

◆朝日町新型コロナウイルスワクチン接種担当

（予防接種の接種場所・予約等についての問い合わせ）

電話：0237-84-7755

時間：午前8時30分から午後5時15分（平日）

連絡先：朝日町新型コロナウイルスワクチン接種担当：電話0237-84-7755



朝健福発号外  
令和3年4月16日

高齢者優先接種対象の方へ

朝日町長 鈴木 浩幸  
(公印省略)

## 新型コロナウイルスワクチン接種について

先にご回答いただきました希望調査により、医療機関等で接種をご希望された方にこのご案内を送付しております。この度の予防接種の費用は無料です。

また、ファイザー社製ワクチンは2回接種となり、1回目の接種から2回目接種は3週間を経過して接種となります。同封の説明資料をご確認いただき、接種予約等をお願いいたします。

記

### 【接種場所毎の予約等について】

#### ① 町内のかかりつけの医療機関で接種を希望されている方

基礎疾患等があり、定期的に受診されている方が対象となります。

事前予約が必要です。各医療機関に予防接種の予約をお願いします。

医療機関名	予約方法
安達医院	4月診察日に予約
多田医院	4月中に来院し窓口で予約または診察日に相談予約
朝日町立病院	定期受診の折に予約

② 施設に入所されている方や、医療機関に入院されている方は、医療機関や施設で接種することができますので各施設等に相談ください。

③ 基礎疾患があり町外の医療機関で接種される方は、医療機関にご確認ください。

④ 単身赴任等やむを得ない事情により、朝日町以外で接種を希望する場合は手続きが必要となりますので、現在お住いの市町村にご相談ください。

【持ち物】接種を受ける方は必ず持参ください。

①クーポン券（接種券）※クーポン券を忘れると接種できません。

②予診票

③身分証明書（運転免許証・健康保険証等）

### 【その他】

医療機関や施設での接種を予定していたが、開発センターでの接種に変更する場合などは下記担当にご連絡をお願いします。

連絡先：朝日町新型コロナウイルスワクチン接種担当：電話0237-84-7755

◆情報提供

①コロナワクチンナビ

町外の接種医療機関を探すためのコロナワクチンナビ

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



「コロナワクチンナビ」

二次元コード

②首相官邸ワクチン特設ページ

新型コロナウイルスの有効性・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。



③ 山形県ワクチンコールセンター

予防接種の副反応や医学的な相談に関すること

電話：0120-567-690（コロナ・ロックゼロ）

時間：午前8時30分から午後6時（土日祝日含む）

④ 朝日町新型コロナウイルスワクチン接種担当

町の予防接種の接種場所・予約についての問い合わせ

電話：0237-84-7755

時間：午前8時30分から午後5時15分（平日）

朝健福発号外  
令和3年4月16日

高齢者優先接種対象の方へ

朝日町長 鈴木 浩幸  
(公印省略)

## 新型コロナウイルスワクチン接種について

この通知は、希望調査のご返信が確認できなかった方と希望調査で「接種を希望しない」とご回答された方に送付しております。この度の予防接種は、費用は無料です。

また、ファイザー社製ワクチンは2回接種となり、1回目の接種から2回目接種は3週間後を目途に接種となります。説明資料をご確認いただき、接種をご希望される場合は、下記にご連絡をお願いいたします。

なお、クーポン券は接種希望に関わらず対象者全員に送付する制度とされておりますので、同封のクーポン券は大切に保管してください。

### 記

**【高齢者優先接種対象】**昭和32年4月1日以前に生まれた方  
**【接種方法】**・・・ 以下の方法があります。

**①町内のかかりつけの医療機関で接種**

基礎疾患等があり、定期的を受診されている方が対象となります。

事前予約が必要です。各医療機関に予防接種の早めの予約をお願いします。

医療機関名	予約方法
安達医院	4月中に診察日に予約
多田医院	4月中に来院し窓口で予約または診察日に相談予約
朝日町立病院	定期受診の折に予約

**②開発センターでの集団接種**

接種を希望される方は、新型コロナウイルスワクチン接種担当までご連絡下さい。かかりつけ医療機関等で接種ができない方もご利用いただけます。

**③施設に入所されている方や、医療機関に入院されている方は、**医療機関や施設で接種することができますので各施設等に相談ください。

**④基礎疾患があり町外の医療機関で接種される方は、**医療機関にご確認ください。

**⑤単身赴任等やむを得ない事情により、朝日町以外で接種を希望する場合は**手続きが必要となりますので、現在お住いの市町村にご相談下さい。

**【持ち物】**接種を受ける方は必ず持参ください。

①クーポン券（接種券）※クーポン券を忘れると接種できません。

②予診票 ③身分証明書（運転免許証・健康保険証）

**【その他】**

接種を希望する場合等の詳細については、下記にご連絡をお願いいたします。

**連絡先：朝日町新型コロナウイルスワクチン接種担当：電話0237-84-7755**

◆情報提供

①コロナワクチンナビ

町外の接種医療機関を探すためのコロナワクチンナビ

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



「コロナワクチンナビ」

二次元コード

②首相官邸ワクチン特設ページ

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。



③ 山形県ワクチンコールセンター

予防接種の副反応や医学的な相談に関すること

電話：0120-567-690（コロナ・ロックゼロ）

時間：午前8時30分から午後6時（土日祝日含む）

④ 朝日町新型コロナワクチン接種担当

町の予防接種の接種場所・予約についての問い合わせ

電話：0237-84-7755

時間：午前8時30分から午後5時15分（平日）

## 新型コロナワクチン予防接種についての説明書

### 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日程度経過後とされています。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。

## 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） ✦ 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。

### （問い合わせ先）

◇朝日町役場 新型コロナウイルスワクチン接種担当

電話：0237-84-7755（平日 8 時 30 分～17 時 15 分）

◇厚生労働省 新型コロナワクチンコールセンター

電話：0120-761-770（9 時～21 時：土日祝日も実施）

## 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。

## 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

※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。



# 新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

## 【記入例】

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

※左欄に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください

接種を受ける日の体温を記入してください。

住民票に記載されている住所	山形 都 道 西村山郡朝日 市 区 村	
フリガナ	アサヒ タロウ	
氏名	朝日 太郎	電話番号 ( 0237 ) 84 - 7755
生年月日 (西暦)	1 9 5 7 年 0 3 月 3 1 日生 (満 6 5 歳)	診察前の体温 3 6 度 6 分

質問事項	回答欄	医師記入欄
接種を受ける日の年齢を記入してください。 ( 回目: 月 日 )	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
「新型コロナウイルスの説明書」を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬(ワーファリン) <input type="checkbox"/> その他( )	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 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	
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 checked="" 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 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。 種類( ) 受けた日( )	<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	

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。	医師署名又は記名押印
---	------------

接種を受ける日を記入してください。

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。

令和3年 5 月 7 日 被接種者自署 朝日 太郎

(※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)  
(※被接種者が成年被後見人の場合は本人又は成年後見人自署)

ワクチン名・ロット番号 シール貼付位置 ※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	接種量 0 . 3 ml	実施場所・医師名・接種年月日 ※医療機関等コード・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。 医療機関等コード 接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日 2 0 2 年 月 日
--	-----------------	---