



新型コロナワクチン接種のお知らせ

4月19日以降 東温市にワクチンが入荷します

接種費用
無料
(全額公費)

1 高齢者施設入所者から接種を始めます

最初のワクチン入荷量が少ないため、高齢者施設入所者から接種を始めます。

高齢者施設に入所されている方で、接種を希望される方は入所施設にご相談ください。

2 高齢者施設入所者以外の方の接種は次のとおりです

高齢者施設入所者の次に接種を始めます。

※接種開始時期は、ホームページや市のコールセンターでご確認ください。

① 接種会場、日時について

東温市の接種会場は、2か所です。(集団接種)

ワクチン入荷量により、会場や接種日が限られることがあります。
ホームページや市のコールセンターでご確認ください。

○中央公民館 (東温市田窪2370)

平日・祝日 14時～18時

土曜・日曜 9時～13時、14時～18時

○川内公民館 (東温市南方264)

土曜・日曜 9時～13時、14時～18時

[東温市ホームページ] サイトアドレス：<https://www.city.toon.ehime.jp/site/140/10434.html>



[東温市ホームページ]
二次元コード

② 東温市のコールセンターで、予約する (必須)

接種を受けるには、予約が必要です。市のコールセンターに電話で申し込んでください。
ご相談もお受けします。

※ワクチンの量や申込数により、予約をお受けできないことがあります。

東温市の
コールセンター

電話番号：0570-00-1154 (有料)

受付時間：9時～17時 (土日祝日除く)

※入院中・入所中の方や、住所地以外での接種については、裏面をご確認ください。

※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。

○予約日が決まったら、忘れないように記入しましょう。

	日 程	時 間	場 所
1回目	月 日 ()		
2回目	月 日 ()		

※必ず予約の日時を守ってください。

※ワクチンの効果を十分に得るため、同じ種類のワクチンを一定の間隔 (約3週間) 空けて2回受ける必要があります。

※予約していたが、日程を変更する場合もコールセンターに電話してください。

接種の注意事項

- (1) 問診票を自宅で記入する
ワクチンの接種には、ご本人の同意が必要です。
前日までに記入しておきましょう。
- (2) 当日の体温を自宅で測る
発熱がある場合や体調の悪い場合などは、接種を控え、下記に必ずご連絡ください。
当日の場合：電話番号 089-907-6116
(新型コロナウイルスワクチン接種対策室)



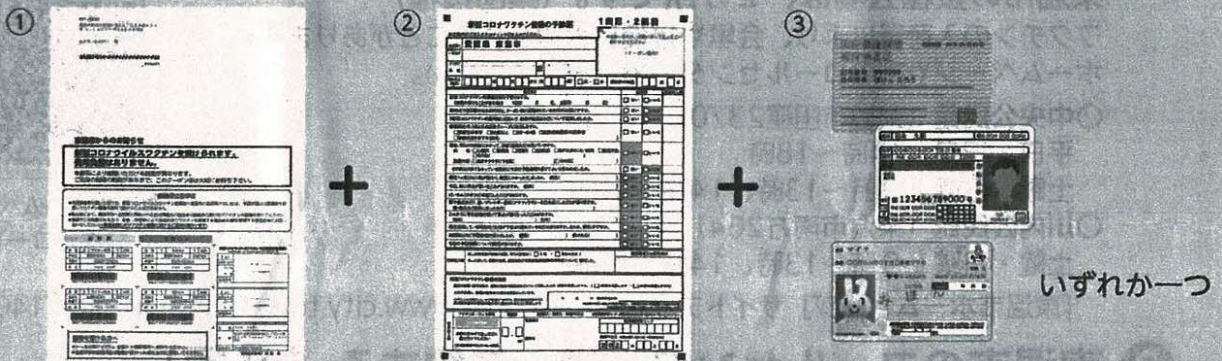
肩が出せる服装にしましょう!!

- (3) 当日の服装
Tシャツなど、肩を出しやすい服装にしましょう。
ワクチンの接種は、利き腕でない側にします。

注意

※同封のクーポン券には、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、切り離さず台紙ごとお持ちください。

- (4) 当日の持ち物
 - ①クーポン券 (このお知らせに同封しています。)
 - ②問診票 (このお知らせに同封しています。)
 - ③本人確認書類 (マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証等のいずれか一つ)



- (5) 接種後、体調の確認を行うため、15~30分間待機をしていただきます。

東温市接種会場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。
- ・お住まいが東温市と異なる方 ➡ 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。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。

電話相談窓口 (コールセンター) について

◎厚生労働省コールセンター
ワクチンに関する全般的な相談
電話番号：0120-761-770 (フリーダイヤル)
受付時間：9時~21時 (土日祝日含む)

◎愛媛県コールセンター
副反応などの専門的な相談
電話番号：0120-567-231 (フリーダイヤル)
受付時間：8時30分~20時 (土日祝日含む)

お問い合わせ先



東温市

新型コロナウイルスワクチン接種対策室
電話番号：089-907-6116
F A X：089-964-0064
〒791-0211 東温市見奈良490番地1
(東温市総合保健福祉センター内)

新型コロナワクチン接種の予診票

1回目・2回目

2部

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

せ 点線に沿って ず
ください

住民票に記載されている住所	愛媛県 東温市				
フリガナ					
氏名			電話番号	()	-
生年月日(西暦)	年	月	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
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	
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	
1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。	医師署名又は記名押印
-------	---	------------

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	接種量	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。
医師記入欄 ※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	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> 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

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。