

鎌倉市

新型コロナウイルス 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

新型コロナウイルスは、**医療従事者等、高齢者(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))**等から順次接種を開始する予定です。

※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

鎌倉市では、市内の施設及び一部の小学校でのワクチン接種を予定しています。接種会場は市ホームページや広報かまくらで随時ご案内します。コロナワクチンナビでも接種会場をご確認いただけます。

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>

※会場は今後変更となる可能性があります。

※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 予約する

ワクチンを受けたい会場、日時を確認のうえ、ご希望の方法でご予約ください。ご不明点などはコールセンターにお問い合わせください。なお、コールセンターにて、電話予約及び予約の変更をすることが可能です。

LINEで予約



スマートフォンで右のQRコード読込
友だち登録し予約画面へ



WEBで予約



<https://vc.liny.jp/0469>
URLにアクセスし予約画面へ

電話で予約

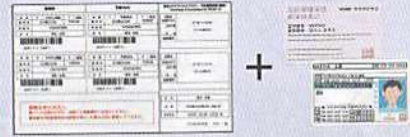


コールセンター
0570-011-228
受付時間 9:00~17:00(土日・祝日も実施)

4 ワクチン接種をうける

当日の
持ち物

- ・クーポン券 (接種券)
- ・予診票
- ・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、37.5℃以上の発熱がある場合や体調が悪い場合などは、接種を控え、必ずコールセンターまでご連絡ください。
- ※ご自宅で予診票を記入し、本人確認書類(運転免許証、健康保険証等)と一緒に会場までお持ちください。
- ※肩を出しやすい服装でお越しください。
- ※スリッパ等の室内用の靴をご持参ください。
- ※感染予防のため、マスクを着用のうえ、会場までは公共交通機関をご利用ください。
- ※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。

◎ 基礎疾患のある方の接種について

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

◎ 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、コールセンターまで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、お住まいの市区町村等にご相談ください。

お問い合わせ先

鎌倉市
新型コロナウイルスワクチン接種コールセンター
0570-011-228

受付時間 9:00~17:00 (土日・祝日も実施)



(市ホームページ)

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 [®] 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。

血をサラサラにする薬を飲まれている方へ

飲んでいるお薬によっては、出血すると止まりにくいことがあるので、
予診票でお薬の種類をおたずねしています。

ワクチンを受けることはできますが、接種後の出血に注意が必要です。

接種（筋肉注射）にあたっての注意点



接種後は、2分間以上、しっかり押さえてください。

- ・腕が腫れる・しびれるなどの症状が出たら、医師にご相談ください。
- ・接種にあたって、お薬の休薬は必要ありません。

対象の
お薬

抗凝固薬

不整脈、血栓症、心臓の手術後の方に処方されることが多いお薬です。

商品名	一般名
ワーファリン	ワルファリンカリウム
プラザキサ	ダビガトランエテキシラート
イグザレルト	リバーロキサバン
エリキュース	アピキサバン
リクシアナ	エドキサバントシル酸塩水和物

血をサラサラにする薬には、次のような薬もありますが、
通常どおり接種を受けていただけます。

抗血小板薬など

動脈硬化、狭心症・心筋梗塞、脳梗塞後、下肢動脈閉塞症の方に処方されることが多いお薬です。

商品名	一般名	商品名	一般名
バイアスピリン	アスピリン	コンプラビン配合錠	アスピリン・クロピドグレル硫酸塩
パナルジン	チクロピジン塩酸塩	タケルダ配合錠	アスピリン・ランソプラゾール
プラビックス	クロピドグレル硫酸塩	エパデール	イコサペント酸エチル(EPA)
エフィエント	プラスゲレル塩酸塩	ドルナー、プロサイリン	ベラプロストナトリウム
プレタール	シロスタゾール	アンブラーグ	サルポグレート塩酸塩
バファリン	アスピリン・ダイアルミネート配合剤		など
ブリリタ	チカグレロル		

予診票記入例

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	神奈川県 鎌倉市 御成町18-10	電話番号	(0467) 23-3000
フリガナ	カマクラ タロウ	氏名	鎌倉 太郎
生年月日(西暦)	1957年04月01日生(満065歳)	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
診察前の体温	36度5分		

接種当日にスタッフが貼ります。
※ ご自身で貼らないでください。

自宅を出る前に検温し、
記入してください。

「いいえ」と答えた方は、記入してください。

別添の説明書を読んだら☑

「はい」と答えた方は、
該当するものに☑

「はい」と答えた方は、
該当するものに☑

「はい」と答えた方は記入してください。

はい
又は
いいえ
のどちらかに☑

質問	はい	いいえ
新型コロナウイルスワクチンの接種を初めて受けましたか。(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"/>	<input type="checkbox"/>
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と一致していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
「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"/>	<input type="checkbox"/>
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"/> 高齢者等 <input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する(病名:)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>
今日、体に具合が悪いところがありますか。症状()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>
今日の予防接種について質問がありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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。

被接種者は未成年である(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

接種日記入欄

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、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。

2021年 4月 1日 被接種者又は保護者自署 鎌倉 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18歳未満の場合は保護者自署、成年被接種者の場合は本人又は成年被見人自署)

ワクチン名・ロット番号	接種量	接種日時
クーポン券貼付位置		
※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		

接種を受ける方の署名欄

※本人が自署できない場合は、
本人氏名と代筆者氏名・続柄を記入してください。
例) 鎌倉 太郎
鎌倉 花子(妻)