

■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 | (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 |
| (2) 慢性の心臓病（高血圧を含む。） | (9) 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患 |
| (3) 慢性の腎臓病 | (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） |
| (4) 慢性の肝臓病（ただし、脂肪肝や慢性肝炎を除く。） | (11) 染色体異常 |
| (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 | (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） |
| (6) 血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。） | (13) 睡眠時無呼吸症候群 |
| (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 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、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。



高齢者の新型コロナワクチン接種のお知らせ

(2月16日時点における、厚生労働省HPを基に作成しております)

本通知は、4月に優先で接種を予定されている高齢者の方への案内となります。新型コロナ本通知の発送準備開始日における情報であり、2月16日以降に情報に変化する場合もあることを予め、御了承頂きますようお願い致します。

また、2月14日付薬事承認されたワクチン「コミナティ(ファイザー社)」の情報となります。

□接種の回数と費用

- ・2回(3週間の間隔)。各回無料(全額公費負担)

□接種が受けられる場所

- ・個別接種 ……市内医療機関と協議中
- ・集団接種 ……市内施設で調整中(詳細は、後日ホームページ等でお知らせ致します)

□接種を受けるための手続き

- ①接種券(本通知に添付)が届きます。
- ②接種日・接種会場の予約:コールセンターへの電話又はWebで予約をお取りください。
- ③予診票が後日、届きます。
- ④接種当日

「接種券」と「本人確認書類(運転免許証、健康保険証など)」、「予診票」を必ず持参してください
体温は会場で測定します。また、予診票を事前に記載頂くと、接種にかかる時間が短縮されます。
なお、身体活動に制限のある方や、目や耳の不自由な方は、介助者の付き添いをおねがいします。

□接種を受けた後の注意点

- ・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。
- ・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。
- ・接種当日の激しい運動はお控えください。
- ・ワクチンを接種後も、マスクの着用など、感染予防対策の継続をお願いします。

□予防接種を受けることができない人

- ・37.5度以上の発熱をしている人
- ・重い急性疾患にかかっている人
- ・コロナワクチンの成分に対し重度の過敏症の既往歴のある人
- ・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

□予防接種を受けるにあたり注意が必要な人(接種前の診察時に医師に伝えてください)

- ・抗凝固療法を受けている人、血小板減少又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
- ・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

□副反応について(ファイザー社製)

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。

□接種を受けた後に副反応が起きた場合の健康被害救済制度

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。極めて稀ではあるものの避ける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。申請の手続きについては、かすみがうら市健康づくり増進課までご連絡ください。

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

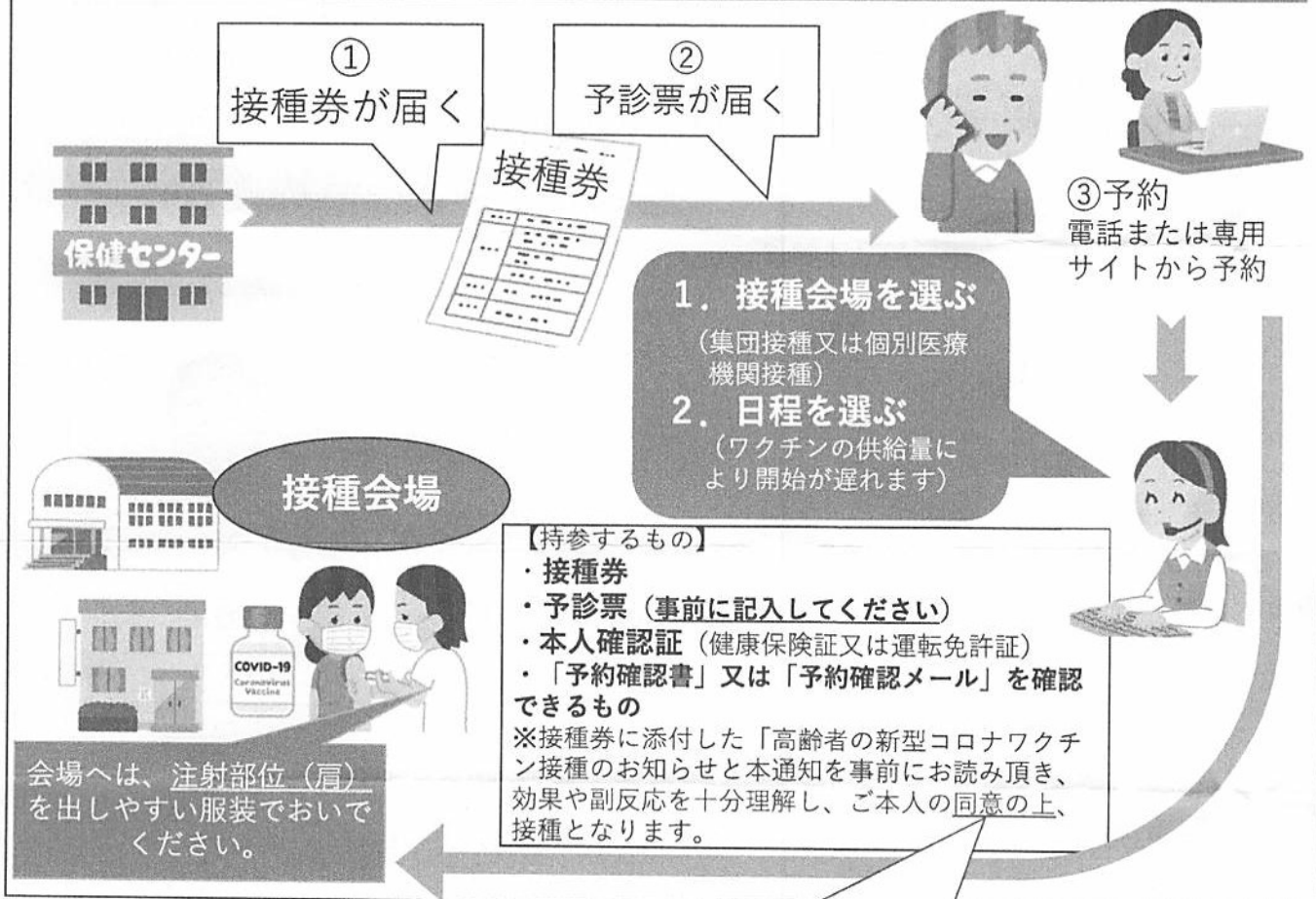
血をサラサラにする薬には、次のような薬もありますが、
通常どおり接種を受けていただけます。

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	プラスグレル塩酸塩	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	アンプラーグ	サルポグレラート塩酸塩
バファリン	アスピリン・ダイアルミネート配合剤		など
ブリリント	チカグレロル		

新型コロナワクチン接種の流れ（想定）




接種会場と日程

	会場	日時
集団	かすみがうら ウエルネスプラザ	国からのワクチン供給量により 日時が決まります。
医療機関	神立病院	接種曜日や時間は後日、広報誌やホームページ等によりお知らせします。
	川島医院	
	酒井医院	
	大和医院	
	高木医院	
	三輪眼科	
	太田医院	
菊池整形外科クリニック		
白井こどもクリニック		

基礎疾患があり、新型コロナワクチンの予防接種を希望する方は、かかりつけ医とよく相談した上で、接種をお願いします。

国において、ワクチンの数量を取り決めているため、3月10日時点で、具体的な、接種日・時間をご提示することができません。
国の示すスケジュールでは、早くても5月中旬以降、徐々に供給が行われることとなりますので、決まり次第、「広報かすみがうら」やホームページ等でお知らせします。

ワクチン接種の相談・予約

コールセンター	予約専用サイト
平日 9時～17時 (祝日を除く)	パソコン・スマートフォンからWEBで予約できます。
☎ 029-853-0771	 (24時間対応)

新型コロナワクチンを接種した方へ






接種後（特に接種直後～数日間）はご自身の体調に注意しましょう

ワクチンを受けた後は、マスクを着用し、私語は慎み、15分以上は接種会場で座って様子をみてください。（過去に重いアレルギー症状（アナフィラキシーを含む）や、採血で気分が悪くなったり、失神のある方等は、30分ほどお待ちください。）

起こるかもしれない体の症状（接種者の10%以上におこったもの）

筋肉内注射のため、痛みや腫れなどの軽い副反応は頻繁に現れますが、通常、数日以内に治ります。必要な場合は解熱鎮痛剤を服用するなど、しばらく様子をみてください。（日常生活に支障をきたす重い症状の割合はごくわずか）

【症状の発現状況、時期、持続期間】

症状										
	痛み	腫れ	下痢	筋肉痛	関節痛	頭痛	疲労	寒気	発熱	
発現割合 (%)	84.3	10.6	15.5	37.9	23.7	55.1	62.9	32.4	14.8	
発現時期	接種当日			接種翌日						
持続期間	約2日			約1日						

【重い症状の発現状況】

出典：海外第I/II/III相試験（c4591001試験）及び国内第I/II相試験（c4591005試験）

症状	痛み	腫れ	下痢	筋肉痛	関節痛	頭痛	疲労	寒気	発熱
発現割合 (%)	1.5	0.4	0.3	1.8	0.9	2.4	4.2	1.8	—

起こるかもしれない重い症状

【症状の発現状況、時期、持続期間】

■ワクチン接種直後から、時には5分以内、通常30分以内に、以下の症状が現れた場合、ショック、アナフィラキシーの疑いがあります。
（アナフィラキシー発生率：接種100万回あたり11.1件うち入院2件）
出典：海外第I/II/III相試験（c4591001試験）及び国内第I/II相試験（c4591005試験）

				
皮膚のかゆみ じんま疹 紅斑 皮膚の発赤など	腹痛、吐き気など	視覚の異常	声のかすれ くしゃみ のどのかゆみ 息苦しさなど	蒼白 意識混濁など

接種後しばらくの間は、会場でお待ちいただき、このような症状がみられた場合には、ただちに、直接会場の医師、看護師等に伝えてください。

接種会場から帰宅後、上記の症状が現れた場合

【茨城県新型コロナワクチン副反応相談窓口】

029-301-5394（8時30分～17時15分/平日のみ）

健康被害救済制度

予防接種の副反応による健康被害は、極めて稀ですが、不可避的に生ずるものですので、接種に係る過失の有無にかかわらず、予防接種と健康被害との因果関係が認定された方を迅速に救済するものです。予防接種法に基づく予防接種を受けた方に健康被害が生じた場合、その健康被害が接種を受けたことによるものであると厚生労働大臣が認定したときは、市により給付が行われます。

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0.3mL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(ヘキサン-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。



◇予約方法

<p>①予約専用コールセンター</p> <p>TEL : 029-853-0771</p> <p>(平日 : 9時～17時 祝日は除く)</p>	<p>②WEB予約システム</p> <p>パソコン・スマートフォン からの予約 (24時間)</p> 
--	---

◇予約開始日 令和3年5月12日(水) 9:00～

予約開始日になりましたら、予約専用コールセンターもしくは予約システムにてご予約ください。なおワクチンの供給状況によっては開始日が遅れる場合があります。

◇個別接種・集団接種実施日一覧

			日	月	火	水	木	金	土
川島医院	深谷3656-1	午前							
		午後		○	○		○	○	
高木医院	稲吉東1-15-1	午前		○	○	○	○	○	○
		午後		○	○	○	○		
酒井医院	宍倉4468-1	午前							
		午後			○		○	○	
白井子ども クリニック	稲吉2-14-11	午前		○	○		○	○	○
		午後		○	○		○	○	○
菊池整形外科 クリニック	新治1827-34	午前					○		
		午後		○	○	○		○	
大和医院	稲吉5-20-12	午前			○	○		○	○
		午後			○	○		○	○
太田医院	下稲吉1598-1	午前		○	○		○	○	
		午後		○	○		○	○	
三輪眼科	稲吉5-19-10	午前							
		午後		○	○	○	偶数週 のみ○	○	奇数週 のみ○
神立病院	土浦市神立中央 5-11-2	午前							
		午後		○	○	○	○	○	
※かかりつけ医のみの対応となります。主治医にご相談ください。									
ウエルネスプラザ (集団接種)	宍倉5462	午前	○			○	○		
		午後	○			○	○		

※週によって曜日・予約人数が異なる場合がございます。

※詳細はコールセンター又は予約システムよりご確認をお願い致します。

予診票は接種前に、ご家庭にて、ご記入をお願いします。

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

※本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	都道府県	市区町村
フリガナ		
氏名	電話番号	
生年月日(西暦)	年 月 日 日生(満 歳)	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
	診察前の体温	度 分

住所・氏名・生年月日記載内容をご確認ください。電話番号はご記入をお願いします。

(クーポン貼付)

接種当日の体温を記入

質問事項	回答欄
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。 (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"/> 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
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 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

同封した説明文を読んでいない場合は接種できません。

該当する欄をすべてご記入ください。記載漏れがあると接種できない場合があります。正確に記入してください。

説明文を読み、理解した上で接種を希望される方は、「希望します」に☑をしてください。

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)	医師署名又は記名押印
	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。 <input type="checkbox"/> 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。

年 月 日 接種者又は保護者白書

(※白書できない場合は代理人が署名し、代理人氏名及び接種者との関係を記載)
(※接種者が16歳未満の場合は保護者白書、成年接種者の場合は本人又は成年種人白書)

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。
	<input type="checkbox"/> ml	実施場所	医療機関コード
※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が確認		医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
			202 年 月 日