



1 予診票を記入する。

- ◆ 説明書きを読み、記入例を参考に予診票をご記入ください。
 - ◆ 基礎疾患以外で医療機関にかかっている方は、その病気を診てもらっている医師に予防接種を受けてよいか、ご確認をお願いします。
- ※ 予診票は2回分を同封していますので、ご注意ください。

2 医療機関を決めて接種の予約をする。

- ◆ 町内医療機関のコロナワクチン接種の予約受付時間は次のとおりです。

- ▶ 萩原内科・小児科 0736-54-3309
 - ① 13時00分から15時30分まで (水, 土日, 祝日 を除く)
- ▶ 横手クリニック 0736-54-3111
 - ① 8時45分から12時00分まで (日, 祝日 を除く)
 - ② 16時00分から19時00分まで (木, 土日, 祝日 を除く)
- ▶ 保脇整形外科医院 0736-54-2017
 - ① 9時00分から12時00分まで (日, 祝日 を除く)
 - ② 16時30分から19時30分まで (木, 土日, 祝日 を除く)

※ 1ヶ月以上先の予約となる場合もありますが、ご理解いただきたく願います。

3 医療機関でワクチンの接種を受ける。

- ◆ 接種日当日に持参するもの・・・

- ★ 接種券・予診票 (同封しています)
- ★ 本人確認書類 (運転免許証、健康保険証など)



- ※ 予約日に医療機関への交通手段がない方は、コールセンターにご相談ください。
- ※ 接種日当日は、ご自宅で体温を測定し、明らかな発熱がある場合や体調が悪い場合などは、予約した医療機関にご連絡をお願いします。
- ※ 1回目の接種を受けたあと、2回目の日にちをご確認ください。
- ※ 同封された接種券は切り離さずに医療機関へお持ちください。

◎ 基礎疾患のある方について

次のいずれかに該当する基礎疾患のある方は、町外の医療機関（主治医）のもとで接種を受けることもできます。

(1) 以下の病気や状態の方で、**通院または入院**をしている方

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
14. 重い精神疾患や知的障害

(2) 基準（BMIが30以上）を満たす肥満の方

※ BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m)

【例】90 (kg) ÷ 1.72 (m) ÷ 1.72 (m) ≒ 30.4

◎ 九度山町外の医療機関でのワクチン接種について

1. 入院、入所中の方は、医療機関や施設にご相談ください。
2. 基礎疾患で治療中の方は、かかりつけの医療機関（医師）にご相談ください。
3. 九度山町外にお住まいの方は、お住まいの地域でワクチン接種を受けられる場合があります。実際にお住まいの市区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希望が必要です。

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、かかりつけの医師などにご相談のうえ、ワクチンを受けるかどうかお考えください。

官邸 コロナ ワクチン

新型コロナワクチンの有効性・安全性などの詳しい最新情報については、首相官邸ワクチン特設ページをご覧ください。

☆ホームページをご覧になれない場合は、下記のコールセンターにご相談ください。



***** ワクチン接種に関するお問い合わせ先 *****

九度山町コロナワクチン接種コールセンター

0736-54-2159

<受付時間：午前9時から午後5時 平日のみ>

九度山町役場 住民課 0736-54-2019



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）アザンジル〕ビス（ヘキサ-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。

厚生労働省 **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。

予診票記入にあたっての注意事項 (◎自宅に記入して医療機関へ)

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。

住居票に記載されている住所
 和歌山 都府(県) 九度山 市(町) 区(村)
 九度山1190番地

フリガナ カキノキ ハナコ
 氏名 柿木 花子

生年月日(西暦) 1950年01月01日生(満 歳) 男 女

診察前の体温 度 分

①住所、氏名、生年月日、性別に誤りがないかご確認をお願いします。

②質問事項に☑でお答えください。

質問事項

質問事項	回答欄	医師記入欄
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()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他() その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ といわれましたか。	<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	<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	<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	<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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
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	

☑はいの場合は必ず医師にご確認ください。

※その他の記入例
 病名: ☑その他(糖尿病、高血圧)など
 治療内容: ☑その他(インシュリン下げる薬、降圧剤内服中)など

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。

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

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

(※自宅できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び住所(〒)の捺印を記録)
 (※接種希望が戻り後本人の場合は本人署名)

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
	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> ml	実施場所

※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

③別紙の「予防接種についての説明書」を読んでいただき、接種を希望される場合は必ず☑をして署名をお願いします。

※回答欄のグレーにチェックがある場合、医師の判断により接種を見送る場合があります。
 ※可能な限りご自宅で記入してから医療機関へご持参ください。