

太子町



新型コロナワクチン 接種のお知らせ

よく見えるところに
貼っておいて下さい

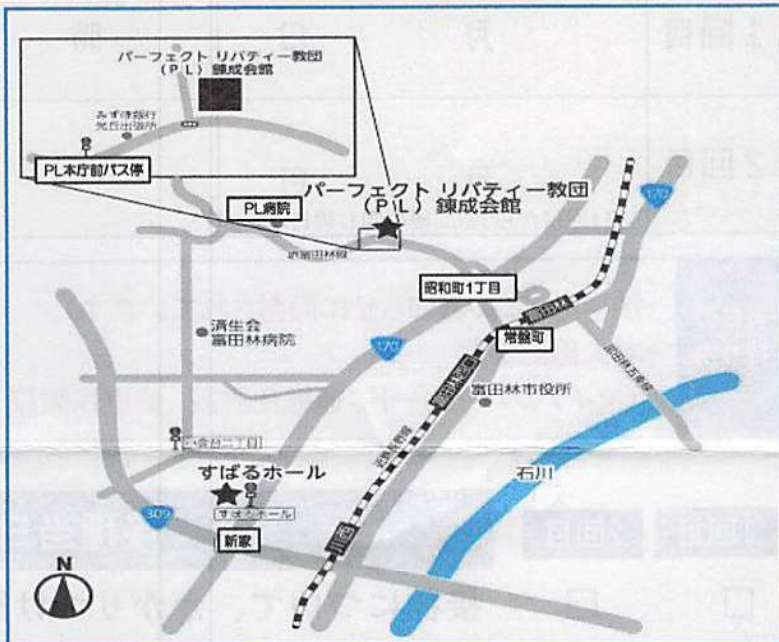
ワクチン接種までの流れ

1 接種会場

太子町の人々の接種会場は以下の二か所です。

- ①メイン会場:パーフェクトリバティー教団 (PL)
敷地内 錬成会館 (富田林市新堂2172の1)
※会場と敷地が広いので、大規模接種を実施します。
バリアフリーで、階段昇降などはありません。
- ②サブ会場:すばるホール4階
(富田林市桜ヶ丘町2の8)
※エレベーター移動などがあるため、密にならない
規模で実施します。

送迎バス運行について



集団接種会場へ町役場から直通の無料送迎バスを運行する予定です。送迎バスの利用は、電話による接種予約のみ受け付けますので、必ず電話での予約をお願いします。また、公共交通機関をご利用の場合は、会場まで、近鉄:富田林駅と南海:金剛駅から発着する送迎バス(無料)をご利用いただけます(予約不要)。※詳細については、広報5月号の折り込みチラシをご覧ください。

2 予約する

令和3年5月7日(金)午前9時予約受付開始
令和3年5月18日(火)接種開始予定

※接種開始予定日はワクチン供給等の状況により前後する可能性があります。

接種時刻

平日:午後1時~6時
土曜日:午後1時~5時
日・祝日:午前9時~午後5時

(※受付時間は会場及び日によって異なります。)

インターネット予約

太子町ホームページから予約することができます。

<http://www.town.taishi.osaka.jp/busyo/kenkoufukusibu/ikiikikenkou/corona/covid19.html>

電話予約

0721-98-0310 (太子町新型コロナワクチン接種コールセンター)

受付時間:平日午前9時から午後5時まで。ただし、5月8日(土)、5月9日(日)は臨時で開設します。



新型コロナワクチン 予約申し込み控え

(予約に際し、下記についてお尋ねします。①~④は記入してから、お電話下さい。)

①予防接種券の券番号	No. _____ <small>※バーコード印字の上に記載の10桁</small>
②名前/生年月日(西暦)	(名前) _____ / (西暦) 19__ __ 年__ __ 月__ __ 日
③住所	太子町
④連絡先	携帯 _____ 自宅 _____
⑤接種日	1回目 _____ 月 _____ 日
⑥接種会場	PL錬成会館 ・ すばるホール
⑦会場までの交通	公共交通機関 ・ 自家用車 ・ 送迎バス
⑧基礎疾患はありますか?	ない・ある⇒※ある方は医師に必ず接種の相談をしてください

3 ワクチン接種を受ける



※予約控え

よく見えるところに
貼っておいて下さい

回数	接種予約日	予約時間	会場	送迎バス時刻
1回目	月 日	時 分		時 分
2回目	月 日 ※1回目から3週間後の同じ曜日以降	時 分		時 分

当日の持ち物

- ・接種券（このお知らせに同封されています）
- ・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）


+


「接種券」(例) マイナンバーカード等

1回目 2回目 接種当日チェック項目

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 接種について、かかりつけ医と相談した（持病のある方） |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 体温を測定して、明らかな発熱（37.5℃以上）や体調不良はない |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 予診票を記入した |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 肩の出しやすい服装である |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 日時、時間を再確認した |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 持ち物（接種券、本人確認書類）の確認 |

※接種前に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、接種を控え、太子町にご連絡ください。（☎98-0310）

※当日を含め、予定の変更などでキャンセルの場合は、必ず太子町にご連絡ください。（☎98-0310）

※肩を出しやすい服装でお越しください。

※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「接種券」は、2回分の「接種券」と「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。（※大切に保管して下さい。2回接種が終わるまで必要です。）

4 接種会場へ行く

1. 問診、同意欄にサイン
 2. ワクチン接種
 3. 15～30分様子を見る
 4. 体調不良なければ帰宅
 5. 予防接種券は大切に保管する
- ※受付時間を守ってお越しください。
- ※3密を避けるため、予約時間以外には会場に入れません

5 注意事項

- ◎ 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人 → 医療機関や施設でご相談ください。
 - ・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。お住まいの市町村の相談窓口にお問い合わせください。
- ◎ ワクチン接種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、体調がすぐれない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、ワクチン接種を受けるかどうかお考えください。

以下の説明をよく読み、予診票に黒のボールペンで必要事項をご記入ください。

1. 新型コロナウイルスについて

「新型コロナウイルス (SARS-COV-2)」はコロナウイルスのひとつです。コロナウイルスには、一般の風邪の原因となるウイルスや、「重症急性呼吸器症候群 (SARS)」や2012年以降発生している「中東呼吸器症候群 (MERS)」の原因ウイルスが含まれます。

一般的には飛沫感染、接触感染で感染します。閉鎖した空間で、近距離で多くの人と会話するなどの環境では、咳やくしゃみなどの症状がなくても感染を拡大させるリスクがあるとされています。

発症すると、発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。

2. 新型コロナワクチン (ファイザー社製) について

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と重症化を予防します。ワクチンを2回接種した人は受けていない人に比べて発症が95%低下すると報告されています。

本ワクチンの接種を希望する人は無料で受けられます。

3. 接種対象者及び接種回数について

接種対象者 : 16歳以上

接種回数、方法 : 通常、3週間の間隔で2回、筋肉内に注射

※2回とも必ずファイザー社製のワクチンを使用します。

※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。

※他のワクチン (肺炎球菌ワクチンなど) を接種する場合は、本ワクチンの前後に2週間以上の間隔をあけてください。

4. 予防接種の副反応について

予防接種により軽い副反応がみられることがあります。また極めてまれですが重い副反応が報告されています。

【軽い副反応】

接種後すぐ血管迷走神経反射：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。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。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。

接種後～数日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

※これらの症状の大部分は、接種後数日以内に自然に回復します。

※1回目より2回目の方が、起こりやすくなるものもあります。

※インフルエンザ等のワクチンより痛みが強いと感じる人もいます。

【非常にまれな重い副反応】

接種後すぐアナフィラキシー：原因となるものが体に入って、短時間で起こる重症のアレルギー反応です。広範囲のじんま疹、呼吸困難、腹痛や嘔吐など、いくつもの症状が同時に起こります。血圧が下がったり、呼びかけに反応しないような場合、アナフィラキシーショックと呼ばれます。

5. 予防接種による健康被害救済制度について

予防接種によって引き起こされた副反応により、医療機関での治療（通常入院を要する程度）が必要になったり、生活に支障が出るような障がいを残すなどの健康被害が生じた場合には、予防接種法に基づく補償を受けることができます。健康被害の程度等に応じて、法律で定められた金額が支給されます。ただし、その健康被害が予防接種によって引き起こされたものなのか、別の原因によるものなのか、その因果関係を様々な分野の専門家からなる国の審査会にて審議し、予防接種によるものと認定された場合に補償を受けることができます。

6. 接種前の注意事項

予防接種は体調の良い日にすることが原則です。

【予防接種を受けることができない人】

- ・明らかに発熱（37.5℃以上）している人
- ・重い急性疾患にかかっている人
- ・過去に予防接種や注射薬、ポリエチレングリコール（一部の下剤）などでアナフィラキシーを起こしたことがある人
- ・その他、医師が接種不相当であると判断した人

【予防接種を受けるに当たり注意が必要な人】

以下に該当すると思われる場合は、必ず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、血小板減少症または凝固障害のある人（予診票裏面をご覧ください）
 - ・採血や注射で気を失ったり、転倒したりしたことのある人
- ※妊娠中、また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物が含まれています。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。

7. 接種後の注意事項

- ・接種後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人は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、速やかに近くにいるスタッフにお知らせください。接種会場では、急に起こる副反応に対応できるよう、医薬品などの準備をしています。
- ・接種当日は激しい運動は控えてください。
- ・接種部位は清潔にしましょう。1時間以上たてば入浴やシャワーが可能です。
- ・接種後に体に異常がある場合は、かかりつけ医や近隣医療機関でご相談ください。
- ・ワクチンを受けた人は、新型コロナウイルス感染症の発症を予防できると期待されていますが、他の人への感染をどの程度予防できるかはまだわかっていません。また、ワクチン接種が徐々に進んでいく段階では、すぐに多くの人々が予防接種を受けられるわけではなく、ワクチンを受けた人も受けていない人も、共に社会生活を営んでいくこととなります。引き続き、感染予防対策を継続していただくようお願いいたします。

8. ワクチンの接種には同意が必要です

新型コロナウイルス感染症のワクチン接種は、強制ではありません。接種を受ける人の同意がある場合に限り接種が行われます。ワクチン接種による感染症予防の効果と副反応のリスクの双方について理解した上で、自らの意思で接種を受けていただきます。受ける人の同意なく、接種が行われることはありません。

新型コロナワクチン接種を受ける前に、 かかりつけ医に必ず相談しましょう！

ワクチン接種を受ける前に、

持病をお持ちの人や、体調がすぐれないなど症状のある場合は、かかりつけ医の相談が必要です。また、現在健康な方も、ワクチン接種の機会に、相談できる医師や病院を決めておかれることをお勧めします。薬を飲んでいるために、ワクチンを受けられないという事はありませんが、接種については、慎重に検討をお願いします。

かかりつけ医の相談が必要な人

① - (1)以下の病気や状態の方で、通院/入院している方
(基礎疾患のある人)

- | | |
|--|--|
| 1. 慢性の呼吸器の病気 | 9. 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患 |
| 2. 慢性の心臓病（高血圧を含む。） | 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（呼吸障がい等） |
| 3. 慢性の腎臓病 | 11. 染色体異常 |
| 4. 慢性の肝臓病（肝硬変等） | 12. 重症心身障がい（重度の肢体不自由と重度の知的障がい重複した状態） |
| 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 | 13. 睡眠時無呼吸症候群 |
| 6. 血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。） | 14. 重い精神疾患（精神疾患の治療のため入院している、精神障がい者保健福祉手帳を所持している、又は自立支援医療（精神通院医療）で「重度かつ継続」に該当する場合）や知的障がい（療育手帳を所持している場合） |
| 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（関節リウマチ、膠原病、内分泌疾患HIV感染症など） | |

- (2) 基準（BMI 30以上）を満たす肥満の方 $BMI = \text{体重kg} \div [(\text{身長m}) \times (\text{身長m})]$

②アレルギーがある人

アレルギーの人（喘息、アトピー、食物アレルギー）は、主治医に、相談してください。

ワクチンの成分にアレルギーのある人、または今まで予防接種を受けて気分が悪くなった人は接種を避けてください。

③病状の重い人、体調がすぐれない人

④最近手術をしたばかりの人

受けた手術の内容や、内服している薬の状況等により異なりますので、主治医にご相談ください。

⑤抗凝固薬を服用されている人

（※いわゆる「血をサラサラにする薬（予診票の裏参照）」です）

⑥血小板減少症または凝固障害のある人

かかりつけ医にご確認ください。

⑦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人がいる人

太子町新型コロナワクチン接種コールセンター

☎ 0721-98-0310

8 接種当日の注意事項

裏面あります

新型コロナウイルスワクチン接種を受ける前に、
かかりつけ医に必ず相談しましょう！

- ①予防接種券はご本人の氏名が記入されているものを必ずお持ちください。
- ②ワクチン接種当日に、体調がすぐれないなどの症状があったり、発熱（37.5℃以上）している場合、ワクチン接種が受けられないことがあります。当日は体温を測ってからお越しください。
予診票は必ず記入して、お持ちください。
- ③ワクチンは肩の筋肉に注射します（図1）ので、**肩が速やかに露出できる服装**でお越しください。また、接種部位の観察のため、接種会場内では半袖で過ごすこともありますので、ご協力をお願いします。

例：下着は、ノースリーブや半袖。

ボタンを外して、肩を露出しても差し支えない下着の着用。

素早く脱げるような上着。または、素早く肩が露出できるよう、伸縮性のある素材のもの。

※ 着替えの部屋などはありません。また、集団で座っている所に医師が接種に回ってきて肩に接種しますので、つい立てなどの目隠しができませんので、服の袖を抜かずに肩が出せるような服装にしてください。

（図1）



一度、ご自宅で
肩が出せるか
必ず確認して
おいてください！



接種後は、副反応が出る人がおられますので、接種当日、翌日、翌々日は、体調不良等に備えて家族や近隣の人との連絡方法を確認しておいてください。また、当日の広い接種会場での移動にご不安のある人は、できるだけ複数人または家族等の付き添いの人と一緒にご来場くださいますよう、よろしくお願いいたします。

太子町新型コロナウイルスワクチン接種コールセンター

☎ 0721-98-0310

以下の説明をよく読み、予診票に黒のボールペンで必要事項をご記入ください。

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。

住所（番地）、氏名、フリガナ、
電話番号（自宅または携帯）
生年月日（西暦）、年齢（右づめ）、
性別（✓）、当日の体温 を記入

住民票に記載されている住所	大阪 都 道 府 南河内郡	大字●●●△△番地の△
フリガナ	オオサカ タロウ	電話番号 (0721) △△-●●●●
氏名	大阪 太郎	
生年月日(西暦)	1953年 2月 3日生(満 68歳)	☑男・☐女 診察前の体温 36度 2分

質問事項	回答欄	医師記入欄
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 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 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。 ☐医療従事者等 ☑65歳以上 ☐60~64歳 ☐高齢者施設等の従事者 ☐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: ☐心臓病 ☐腎臓病 ☐肝臓病 ☐血液疾患 ☐血が止まりにくい病気 ☐免疫不全 ☐その他() 治療内容: ☐血をサラサラにする薬() ☐その他()	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	回答欄に✓を記入
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	

医師記入欄	質問事項を読み、必要事項を記入	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
シール貼付位置	0 . ml	実施場所	医療機関等コード
※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か確認		医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
			2022年 月 日

令和3年度 和暦・西暦変換表(年齢早見表)

西暦	和暦	年齢	
1912	大正 元年	109 歳	100 歳代
1913	2年	108 歳	
1914	3年	107 歳	
1915	4年	106 歳	
1916	5年	105 歳	
1917	6年	104 歳	
1918	7年	103 歳	
1919	8年	102 歳	
1920	9年	101 歳	
1921	10年	100 歳	
1922	大正 11年	99 歳	90 歳代
1923	12年	98 歳	
1924	13年	97 歳	
1925	14年	96 歳	
1926	昭和 元年	95 歳	
1927	2年	94 歳	
1928	3年	93 歳	
1929	4年	92 歳	
1930	5年	91 歳	
1931	6年	90 歳	
1932	昭和 7年	89 歳	80 歳代
1933	8年	88 歳	
1934	9年	87 歳	
1935	10年	86 歳	
1936	11年	85 歳	
1937	12年	84 歳	
1938	13年	83 歳	
1939	14年	82 歳	
1940	15年	81 歳	
1941	16年	80 歳	

西暦	和暦	年齢	
1942	昭和 17年	79 歳	70 歳代
1943	18年	78 歳	
1944	19年	77 歳	
1945	20年	76 歳	
1946	21年	75 歳	
1947	22年	74 歳	
1948	23年	73 歳	
1949	24年	72 歳	
1950	25年	71 歳	
1951	26年	70 歳	
1952	昭和 27年	69 歳	60 歳代
1953	28年	68 歳	
1954	29年	67 歳	
1955	30年	66 歳	
1956	31年	65 歳	
1957	32年	64 歳	
1958	33年	63 歳	
1959	34年	62 歳	
1960	35年	61 歳	
1961	36年	60 歳	

注意！令和3年度の誕生日が
まだきていない方は
表示の年齢から1歳引いてください。

11 太子町 新型コロナワクチン接種 インターネット予約システム

裏面あります

以下の説明に沿って入力してください。

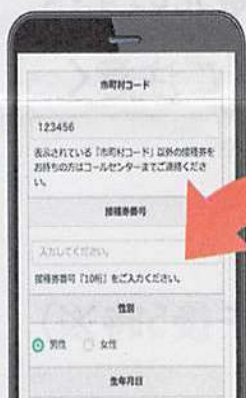
1 太子町ホームページ「新型コロナワクチン接種予約システム」にアクセス

<http://www.town.taishi.osaka.jp/busyo/kenkoufukusibu/ikiikikenkou/corona/covid19.html>



2 接種券番号で認証

3 住民情報を入力



市町村コードはコレ！
表示されているコードと同じか
チェック！

券種	ワクチン種別	1回目
請求先	00000市	123456
券番号	1234567890	
氏名	厚生 太郎	

接種券番号(10桁)を入力

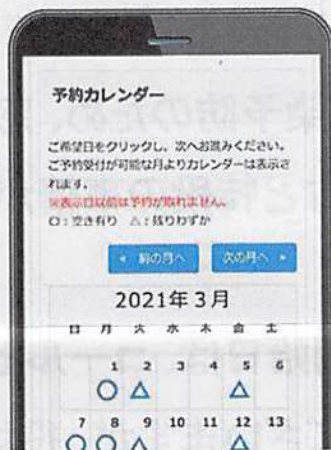


4 希望の会場を選択



このボタンを押すと
予約カレンダーが
表示されます。

予約カレンダーを見る



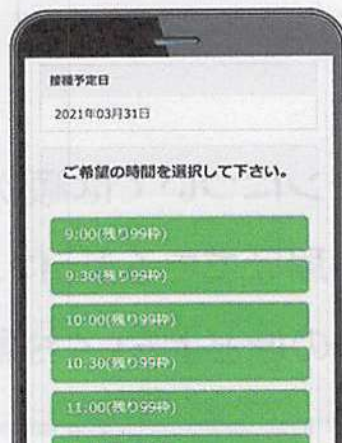
5 接種希望日を選択

6 希望時間を選択

※希望時間を選択できる曜日は
限られています。



接種希望日で会場を
絞り込むこともできます。



ご予約完了！



予約に関する注意



予約の前に必ずお読みください

予約開始日は、5月7日(金)午前9時から開始です。

予約をするには、接種券番号、名前、生年月日、住所、連絡先のすべてが必要です。どれか1つでも欠けると予約できませんので、ご注意ください。

予約は、コールセンター☎0721-98-0310(平日午前9時～午後5時※)またはインターネット予約(24時間受付)のみとなります。

※5月8日(土)、5月9日(日)は臨時でコールセンターを開設します。

なお、新型コロナウイルス感染予防のため、窓口での予約受付はありません。(ただし、筆談が必要など特段の事情がある人を除きます。)

予約は、先着順です。予約開始日は、コールセンターの混雑が予想されます。インターネット予約もごさいますが、役場から会場までの送迎バスが必要な人は、必ずコールセンターからの予約をお願いいたします。

今後、ワクチンについては順次追加で供給が行われる予定です。住民の皆様にお届けできるように、国や大阪府と調整してまいりますので、ご理解ご協力のほどよろしくお願いいたします。