

# 3つの「密」を避けましょう!

①換気の悪い  
密閉空間



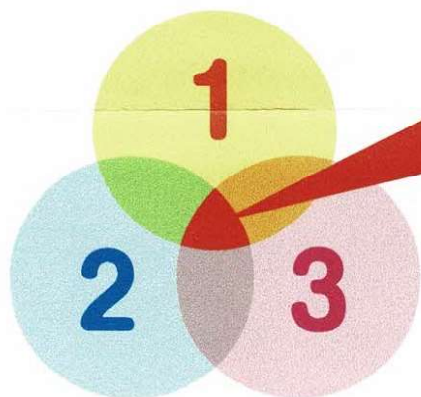
②多数が集まる  
密集場所



③間近で会話や  
発声をする  
密接場面



新型コロナウイルスへの対策として、クラスター(集団)の発生を防止することが重要です。  
日頃の生活の中で3つの「密」が重ならないよう工夫しましょう。



3つの条件がそろう場所が  
クラスター(集団)発生の  
リスクが高い!

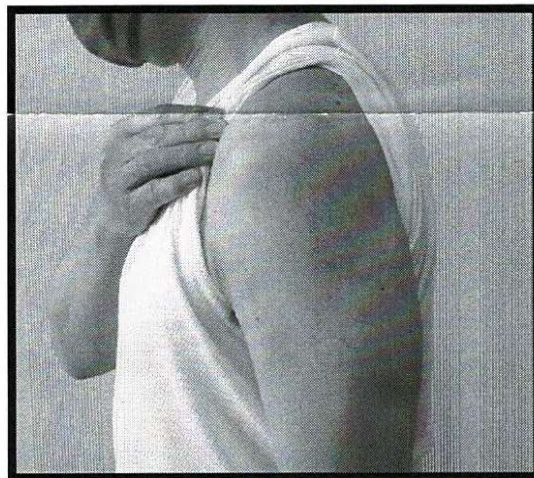
※3つの条件のほか、**共同で使う物品**には  
消毒などを行ってください。







《ワクチン接種時には肩が出るように準備して下さい。》



× (肩が出ていません)







## ◎ 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。）。

- 以下の病気や状態の方で、通院/入院している方
  - 慢性の呼吸器の病気
  - 慢性の心臓病（高血圧を含む。）
  - 慢性の腎臓病
  - 慢性の肝臓病（ただし、脂肪肝や慢性肝炎を除く。）
  - 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
  - 血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。）
  - 免疫の機能が低下する病気（治療中の悪性腫瘍を含む。）
  - 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
  - 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患
  - 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）
  - 染色体異常
  - 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）
  - 睡眠時無呼吸症候群
- 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。

### お問い合わせ先

お住まいの自治体のワクチン接種担当窓口にてご確認ください。



# 新型コロナワクチン 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

新型コロナワクチンは、**医療従事者等、高齢者、基礎疾患のある方**等から順次接種を開始する予定です。ご自身の接種の順番をご確認いただき、順番が来るまでお待ちください。

- ※ 国からの発表をお待ちください。厚生労働省のホームページやお住まいの市町村の相談窓口でもご確認いただけます。
- ※ 高齢者や基礎疾患のある方の範囲は裏面をご覧ください。
- ※ 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 医療機関/接種会場を探す

市町村からの広報やインターネットで、ワクチンを受けることができる医療機関や接種会場を探しましょう。



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>



「コロナワクチンナビ」  
二次元コード

- ※ 医療機関や接種会場を探すことができない場合は、お住まいの市町村にお問い合わせすることができます。
- ※ 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。

### 3 予約して、ワクチンを受ける

接種時期、接種会場、当日の持ち物などについては、お住まいの自治体の案内に従ってください。



- ※ 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、予約した市町村の窓口や医療機関にご連絡ください。
- ※ 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。



# 新型コロナ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。

※左隅に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください

(クーポン貼付)

住民票に記載されている住所	岡山 都 道 奈義 市 区 村	
フリガナ	フリガナ	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 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	
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	

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。 <input type="checkbox"/> 被接種者は6歳未満である(該当する場合は塗りつぶしてください)	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 被接種者又は保護者自署

(※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16歳未満の場合は保護者自署、成年被後見人の場合は本人又は成年後見人自署)

医師記入欄	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。
	※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