

新型コロナウイルス ワクチン接種のお知らせ



このご案内は、新型コロナウイルスワクチンの接種に必要な接種券などの書類を、昭和32年4月1日以前に生まれた富田林市民の皆様にお送りするものです。

お送りしている書類 …… お知らせ（本紙）、接種券、予診票、新型コロナウイルスワクチンの説明書
※予約や接種の際に必要ですので大切に保管してください。

① 接種方法

本市では、ワクチンの品質保持と有効利用、緊急時の対応など、安全で効率よく接種いただけるように**集団接種**を行います。また、高齢者施設等については、別途**巡回接種**を行います。

② 接種場所 …… 集団接種会場は下記の2か所です。

PL 錬成会館 会場と敷地が広いので大規模接種を行います。（1日約1,000人程度）

すばるホール4階 銀河の間 エレベーター移動があるので密にならない規模で行います。
（1日約100人程度）

※接種人数は現時点の予定であり、ワクチンの供給状況等により変動する場合があります。

パーフェクト リバティー教団 (PL) 錬成会館

富田林市新堂 2172-1



すばるホール 4階 銀河の間

富田林市桜ヶ丘町 2-8



※ 接種会場へは、シャトルバスを運行予定です。運行ルート、時刻表等については決まり次第、広報誌、市ウェブサイトでご案内します。

③ 予約方法 …… 接種を受けるには事前に予約が必要です。

接種券をお手元に用意して、電話またはインターネットでお願いします。来所では予約できません。開始当初は、混み合うことが予想されますが、ワクチンは順次、供給され、希望する方は必ず接種できますので、ご安心ください。

方法	電話	インターネット
予約開始日時	5月7日（金曜日）午前9時から予約受付開始（事前予約不可） 接種開始日はワクチンの納入日が決まり次第、市ウェブサイト等でお知らせします。	
受付時間	9時～17時30分（土・日曜日、祝日は除く） ※5月8日（土）、5月9日（日）は開設します。	24時間（土日祝日も可）
準備するもの	同封の接種券（右上に記載の予約番号を使用）	
アクセス方法	0120-884-056 音声ガイダンスに沿ってプッシュ番号 <input type="checkbox"/> を押してください。	市ウェブサイトから、 <input type="text" value="富田林市コロナワクチン"/> 検索 予約画面にお進みください。

※ 上記の内容は3月30日現在のものであり、今後ワクチンの供給量によっては変更になる場合があります。5月号広報、市ウェブサイトで最新情報をお知らせいたしますので、ご確認をお願いします。

④ 接種当日の注意点

接種会場でスムーズに接種して、密になることなくスムーズに帰っていただくため、市民の皆様は、**予約時間を守り**（早く来た場合、会場に入っていただけません）、**以下の持ち物を忘れず**（忘れた場合は接種できません）、**服装を守って**お越しくださいますよう、ご協力をお願いいたします。

持ち物

- ✓ 接種券（はがしたり切り離したりしないでください。）
- ✓ 予診票（**必ずご記入の上、お持ちください。**）
- ✓ 本人確認書類（運転免許証や、健康保険証など生年月日、住民登録地の分かるもの）



服装

インフルエンザワクチンとは違い、肩辺りに接種します。**上着を脱いですぐに肩が出せる格好**（半袖等になれる格好）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、半袖で過ごしていただくこともありますので、ご協力をお願いいたします。



接種時は



寒い場合は



半袖の上に長袖を着てください。

お願い



- ・ 来所前に検温を行い、発熱や咳などの症状がある場合は、来所をお控えください。
- ・ 来所の際には、マスクの着用、手指消毒等の感染予防にご協力ください。
- ・ 基礎疾患で治療中の方は、主治医に接種してもよいかご相談いただいたうえ、ご予約ください。
- ・ 視覚・聴覚障がいのある方で、予約や集団接種会場への移動手段に不安を感じられる方は、本市障がい福祉課、またはコールセンターまでご相談ください。（FAX：0721-20-0200）

富田林市以外でワクチン接種を希望する場合

- ・ 市外の医療機関や施設で入院・入所中の方
 - ⇒ 医療機関や施設でご相談ください。
- ・ 市外の医療機関で基礎疾患治療中の方
 - ⇒ 医療機関でご相談ください。医療機関で接種できない場合（医療機関によっては実施していない場合があります）は、表面の予約方法で予約し、本市の接種会場で接種してください。
- ・ お住まいが富田林市でない方
 - ⇒ やむを得ない事情で富田林市に住んでおられない方は、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、お住まいの市町村の相談窓口にお問い合わせください。



コロナワクチンナビ
<http://v-sys.mhlw.go.jp>

富田林市新型コロナワクチン接種コールセンター

新型コロナワクチン接種の手続きに関するご予約・ご相談
☎ 0120-884-056
午前9時～午後5時30分（土・日曜日、祝日は除く）

厚生労働省新型コロナワクチンコールセンター

新型コロナワクチンに関するご相談
☎ 0120-761-770
午前9時～午後9時（土・日曜日、祝日も開設）

新型コロナウイルスの説明書

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. 新型コロナウイルスワクチン (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びます。

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害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のある人
- ・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になります。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。

お問い合わせ先

・富田林市新型コロナワクチン接種コールセンター【☎0120-884-056】

新型コロナワクチン接種の手続きに関するご相談
午前9時～午後5時30分（土・日曜日、祝日は除く）

・厚生労働省新型コロナワクチンコールセンター【☎0120-761-770】

新型コロナワクチンに関するご相談
午前9時～午後9時（土、日曜日、祝日も開設）

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	大阪 <input checked="" type="checkbox"/> 都 <input checked="" type="checkbox"/> 道 <input checked="" type="checkbox"/> 府 <input checked="" type="checkbox"/> 富田林 <input checked="" type="checkbox"/> 市 <input checked="" type="checkbox"/> 区 <input checked="" type="checkbox"/> 村 <input checked="" type="checkbox"/>	
フリガナ		
氏名	電話番号	() - ()
生年月日(西暦)	年	月
日生(満)	日	歳
	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 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 checked="" 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。	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)

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。
	シール貼付位置 ※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	<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 2020年 月 日

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	アンブラーグ	サルボグレレート塩酸塩
バファリン	アスピリン・ダイアルミネート配合剤		
ブリリタ	チカグレロル		

など