

令和3年4月23日

新型コロナウイルスワクチン接種券等のご案内

志摩市役所健康推進課

この通知は「市内に住民登録があり令和3年度に65歳以上となる全ての方」へ送付しています。（「接種希望調査ハガキ」を返信されなかった方や接種を希望されなかった方へも送付しています。）

なお、同封の接種券と予診票は接種が2回終わるまで大切に保管してください。

（シールは、はがさないてください。）

【同封内容】

- ・新型コロナウイルスワクチン接種 接種券 1枚
- ・新型コロナウイルスワクチン予防接種「コミナティ」の説明書 1枚
- ・新型コロナウイルスワクチン接種の予診票記入例 1枚
- ・新型コロナウイルスワクチン接種の予診票 2枚

【接種対象者】令和3年4月20日現在

市内に住民登録があり、令和3年度に65歳以上*となる人の中で、接種を希望する方

（※昭和32年4月1日以前に生まれた人）

【日程】

接種開始は5月20日を予定しています。

（ただし、ワクチンの供給状況により変更となる場合があります。）

なお、具体的な接種日時・場所は、ご返送いただきました「接種希望調査ハガキ」を元に調整中です。決定次第、接種を希望された方へ改めて通知いたします。（5月10日頃通知予定）

【その他】

「接種希望調査ハガキ」で接種を希望されなかった方においても、再度検討し接種を希望される場合は、「志摩市新型コロナウイルスワクチン電話相談窓口（コールセンター）」へ連絡をお願いします。

【問い合わせ先】

志摩市新型コロナウイルスワクチン電話相談窓口（コールセンター）

電話番号：0599-43-5030／受付時間：午前9時～午後8時（土日・祝日も対応）

新型コロナワクチン「コミナティ」(ファイザー社製) 予防接種の説明書

このワクチンの接種は、国と地方自治体による新型コロナウイルスワクチン接種事業の一環として行われ、希望者は無料で接種を受けることができます。なお、同じワクチンで2回接種が必要です。

このワクチンは、新型コロナウイルス感染症の発症予防効果が約 95%と報告されていることから、新型コロナウイルスの発症や重症化の予防が期待されます。ただし、感染そのものを防ぐものではありませんので、接種後も基本的な感染予防対策を行ってください。

また、ワクチンの接種を受けることができない場合や、注意が必要な場合があります。かかりつけ医等にワクチンを受けてよいか事前に必ずご相談ください。

副反応や重篤な副反応発生時の救済制度などワクチンに関する内容は、裏面をご覧ください。

【受けることができない人】

- 接種当日、明らかな発熱のある人(37.5℃以上または平熱よりも明らかに高い場合)、重い急性疾患にかかっている人
- このワクチンの成分に対して、重度の過敏症(アナフィラキシーなど)を起こしたことがある人
- 上記のほか、予防接種を受けることが不適当な状態であると医師が判断した人

【注意が必要な人】

- 現在、何らかの病気で治療中の人
 - ・心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患、免疫不全で治療中の人
 - ・血が止まりにくい病気の人や、血をサラサラにする薬を飲んでいる人
- 以下の様な症状が出たことがある人
 - ・薬や食品に対する重いアレルギー症状、けいれん(ひきつけ)

【その他】

- ※ このワクチンには、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がある人は、事前に必ずかかりつけ医に相談し「受けてよいと言われた」ことを、接種前の診察時に医師に伝えてください。

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のご相談は
みえ新型コロナウイルスワクチン接種ホットライン
TEL 059-224-2825 (9時~21時)

【ワクチンの投与方法について】

16歳以上の人は、1回に0.3mlを接種します。1回目を接種した後、3週間後に2回目を接種します。(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)十分な免疫ができるのは、2回目の接種の後7日間経った後と考えてください。

【血液をサラサラにする薬】 注意が必要な薬

- ◇ 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)

【ワクチン成分】

ポリエチレングリコールなどが成分として含まれます。ポリエチレングリコールは大腸内視鏡検査時に下剤として使用する医薬品を始め、様々な医薬品に添加剤として含まれています。

【副反応について】

副反応とはワクチン接種に伴い、ワクチン接種の目的である「免疫の付与」以外の反応が発生した場合、これを副反応と呼びます。このワクチンの主な副反応は、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、このワクチンは新しい種類のワクチンのため、これまで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がある場合は、接種医やかかりつけ医に相談しましょう。

*アナフィラキシーとは

薬や食物が体に入ってから、短時間で起こることのあるアレルギー反応です。

蕁麻疹などの皮膚症状、腹痛や嘔吐などの消化器症状、息苦しさなどの呼吸器症状が、急に起こります。血圧低下や意識レベルの低下(呼びかけに反応しない)を伴う場合をアナフィラキシーショックと呼びます。

【重篤な副反応発生時の救済制度について】

新型コロナワクチンの予防接種を受けた人が、ワクチンの予防接種によって健康被害が生じた場合には、予防接種法に基づく医療費・障害年金等が受けられる制度があります。

【 新型コロナウイルスワクチン接種の予診票 記入例 】 ご自身の病気になること、記入時に不安なことがある時は、かかりつけ医にご相談ください。

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。

氏名 三重 志摩 町 村 〒19000000 住所 〒19000000 電話番号	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 年齢 19 歳	接種券のシールは貼らずに、当日お持ちください。	市区町村 志摩 町 村 接種券のシールは貼らずに、当日お持ちください。
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) 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。 [新型コロナウイルスの説明書]を添付して、効果や副作用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"/> その他			
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"/> 血油疾患 <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() その病気を診てもらっている医師に今日の予約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() 今日、体が具合が悪いところがありますか。 症状() けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。 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() これまでに予約接種を受けて具合が悪くなったことはありませんか。 種別() 症状()			
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。 2週間以内に予約接種を受けましたか。 種別() 受けた日() 今日の予約接種について質問がありますか。			
医師 記入しないでください。			
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、接種の利益や副作用などについて理解した上で、接種を希望しますか。 <input type="checkbox"/> 接種を希望しません この予診票は、接種の女性の健康を目的としています。 この予診票は、接種の女性の健康を目的としています。国民健康保険組合及び国民健康保険協会に提出されることに同意します。 氏名 三重 志摩 町 村 〒19000000 電話番号 接種券番号 接種券発行日 接種券有効期限 医師 記入			

住所、誕生日は接種券にある「**予防接種済証**」(右下)を確認してご記入ください。

住所は住民票の住所、誕生日は西暦で、年齢は接種日当日の年齢をご記入ください。

回答欄「はい・いいえ」、該当する方に☑し点を記入ください。

予診票に同封されていた説明書を必ずお読みください。

治療(投薬)を受けている場合は、**事前に必ずかかりつけ医にご確認**ください。

「いいえ」の場合は、状況により接種できないことがあります。

アレルギー症状について不明な場合は、**ご自身でかかりつけ医もしくはかかりつけ薬局にご確認**ください。

「接種を希望します」に☑し点を記入ください。

同意の署名を記入してください。自署できない場合は代筆者が署名し、空欄に代筆者氏名と続柄を記入ください。

★最後に記入もれがないか、ご確認ください。