

新型コロナワクチン接種のお知らせ

新型コロナワクチン接種におきまして、下記のとおり実施します。本文をお読みになり予防接種の効果や副反応等ご理解の上、町内外の医療機関で接種して下さい。ワクチンを無駄にしないため、接種の際は必ず予約が必要となりますのでご注意ください。

記

1. 対象者 65歳以上の方（昭和32年4月1日以前に生まれた方）

2. 接種場所
予約方法

	接種会場	予約方法
個別接種会場	町内5医療機関 公立七戸病院	各医療機関へ直接予約 裏面参照
集団接種会場	東北町保健福祉センター 上北保健福祉センター	コールセンターへ予約 裏面参照

ワクチンは住民票のある市町村で接種することになっています。
住所地以外でのワクチン接種については別紙1をご覧ください。

3. 接種回数 2回（1回目接種から3週間空けて2回目接種）

4. 接種料金 無 料

5. 接種期間 令和3年5月10日（月）～令和3年7月末
（ワクチン接種は8月以降も実施しますが、65歳以上の方は出来るだけ上記の期間内に2回接種を済ませましょう。）

6. ご持参いただくもの ①接種券（名前が書いてあるもの）*きり離さないでください
②予診票 *必ず記入してきてください
③本人確認書類（運転免許証または健康保険証等）
④お薬手帳（お持ちの方）

7. その他 ①同封の「新型コロナワクチン予防接種の説明書」「血をサラサラにする薬を飲まれている方へ」等をよくお読みになり、理解したうえで接種を受けてください。
②現在、何かの病気で治療中の方はかかりつけ医等にワクチン接種についてご相談ください。
③肩の出しやすい服装でお越しください。

【担当】：東北町役場 保健衛生課 予防接種係

【連絡先】：東北町保健福祉センター [Tel 0175-63-2001]

東北町で接種できる医療機関・会場

医療機関 電話番号	受付時間	接種実施日時		予約問合せ時間
		曜日	時間	
個別接種	ちびき病院 ☎ 0175-64-5100	月～金		9:00～11:00 14:00～16:00 平日 9:00～11:00 14:00～16:00
	吉田内科医院 ☎ 0175-63-3777	5月	月・火・水	病院へ確認 平日 8:30～12:00 14:00～18:00 土曜日 8:30～13:00
		6月以降	月・火・金	
	小川原湖 クリニック ☎ 0176-56-5600	月・火・木・金		9:00～11:00 15:00～17:00 9:00～11:00 9:00～11:00
		水		9:00～11:00 9:00～11:00
	旭日クリニック ☎ 0176-58-2050	月・火・水・金		9:30～11:00 14:00～15:00 月・火・水・金 9:30～12:00 14:00～17:00 木・土曜日 9:00～12:00
	すみれ内科 クリニック ☎ 0176-56-2221	月・火		13:00～16:00 平日 8:30～17:30
	公立七戸病院 (健康管理センター) ☎0176-62-2105	月 (受付時間 14:00～14:15)		平日 14:00～16:30
※かかりつけ(定期通院)の方のみの受け入れ となります。 ※13:50 までは入場できません				
集団接種	東北町保健福祉 センター(乙供駅前) ☎050-5445-4471	5月	21日(金)、25日(火)、28日(金)	12:30～16:00 平日 9:00～17:00
		6月	11日(金)、15日(火)、18日(金)	
		7月	2日(金)、6日(火)、13日(火) 27日(火)、30日(金)	
	上北保健福祉 センター ☎050-5445-4471	5月	11日(火)、14日(金)、18日(火)	
		6月	1日(火)、4日(金)、8日(火) 22日(火)、25日(金)、29日(火)	
			7月	

- ワクチンの準備のため、遅くとも接種日の 1週間前までに予約が必要です。
- 公立七戸病院は、かかりつけ(通院治療中)の方のみの受け入れとなりますので、ご了承ください。
- 65歳以上の方は、できるだけ7月末日までにワクチンの2回接種を済ませましょう。
- ワクチン接種は、8月以降も実施します。集団接種の日程は広報等でお知らせします。

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	コンブラビン配合錠	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	イコサセント酸エチル(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	アンプラーグ	サルポグレレート塩酸塩
バファリン	アスピリン・ダイアルミネート配合剤		など
ブリリタ	チカグレロル		

◎ 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（下記参照）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。

◎ 基礎疾患のある方とは

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3月18日時点）。

1. 以下の病気や状態の方で、通院/入院している方

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 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（呼吸障害等） |
| 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） |
| 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、精神障害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）や知的障害（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 | |

2. 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。

◎ 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。

ワクチン接種について
問い合わせをしたい
* 接種券を無くした…等

コールセンター
☎050-5445-4471

東北町保健福祉センター
☎0175-63-2001

新型コロナワクチンを受けた後の注意点

ワクチンを受けた後は、 15分以上は接種会場で 座って様子を見てください※。

お待ちの間も、感染対策をお願いします。

(マスクをする、隣の人と距離をとる、会話を控えるなど)

※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、採血等で気分が悪くなったり、失神等を起こしたことがある方は、30分ほどお待ちください。



接種日当日

接種後、すぐに現れる可能性のある症状について

アナフィラキシー	<ul style="list-style-type: none">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。じんま疹などの皮膚症状、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。起こることは極めてまれですが、接種後にもしアナフィラキシーが起こっても、すぐに対応が可能なよう、ワクチンの接種会場や医療機関では、医薬品などの準備をしています。
血管迷走神経反射	<ul style="list-style-type: none">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。

ワクチンを受けた日の 注意点

- 激しい運動は控えてください。
- 接種部位は清潔に保ちましょう。接種当日の入浴は問題ありませんが、注射した部分は強くこすらないようにしましょう。



数日

接種後、数日以内に現れる可能性のある症状について

発現割合	症状
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

- インフルエンザ等のワクチンより痛みが強いと感じる方もいます。
- これらの症状の大部分は、接種後数日以内に回復しています。
- 疲労や関節痛、発熱など、1回目より2回目の方が、頻度が高くなる症状もあります。

コミナティ®添付文書より改編

◎新型コロナワクチンに関する相談先

ワクチン接種後に、体に異常があるとき	➡ ワクチンを受けた医療機関やかかりつけ医、市町村や都道府県の窓口
ワクチン接種全般に関するお問い合わせ	➡ 市町村の窓口

◎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、なくすることはできないことから、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・障害年金の給付など）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。

※その健康被害が、接種を受けたことによるものであると厚生労働大臣が認定したときは、市町村により給付が行われます。認定にあたっては、予防接種・感染症・医療・法律の専門家により構成される国の疾病・障害認定審査会により、因果関係を判断する審査が行われます。

ワクチンは2回接種します

●1回目の接種の方へ

- ・ワクチンの効果を十分得るために、同じ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。
- ・2回目の接種は、本日（1回目）から通常3週間空けて、できるだけお早めを受けてください。
- ・2回目の予約方法については、1回目に受けた医療機関や市町村の案内をご確認ください。
- ・接種後に現れた症状の種類によっては、2回目の接種を受けない方がよいこともあります。接種後に気になる症状が現れた方は、2回目を受けるかどうかも含めて、ワクチンを受けた医療機関やかかりつけ医にご相談ください。

●2回目の接種の方へ

- ・ワクチン接種はこれで終了になります。
- ・接種後は、1回目と同様に体調に変化がないか注意してください。



ワクチンを受けた後も、マスクの着用など、感染予防対策の継続をお願いします。

ワクチンを受けた方は、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、他の方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、すぐに多くの方が予防接種を受けられるわけではなく、ワクチンを受けた方も受けていない方も、共に社会生活を営んでいくことになります。

このため、皆さまに感染予防対策を継続していただくようお願いします。

具体的には、「3つの密（密集・密接・密閉）」の回避、マスクの着用、石けんによる手洗いや手指消毒用アルコールによる消毒の励行などをお願いします。

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は、お住まいの市町村等にご相談ください。

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にし、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。申請に必要となる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]ピス（ヘキサ-6,1-ジイル）ピス（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 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。

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。

※左側に合わせ、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	都道府県		市区町村	
フリガナ	氏名		電話番号	() () () - () () ()
生年月日(西暦)	年	月	日生(満)	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 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)	医師署名又は記名押印
	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)	

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