

820-0601

750000001

青空市テスト郡テスト町内山田6988番地

方書△△△△△△△△▽▽▽▽▽▽▽▽▽▽△
△△△△△△△△▽▽▽▽▽▽▽▽▽▽△

新型コロナ 検証11000000000000000000
00000000000000000000000000000000
00000000000000000000000000000000 様



新型コロナウイルスワクチンを受けられます。費用負担はありません。
年齢等により接種いただける時期が異なります。
ご自身の接種の時期が来るまで、こちらのクーポン券は大切に持ち下さい。

テスト1町住民課

〒820-0606
テスト郡テスト町テスト1町
1-2-3

接種券				診察したが接種できない場合				新型コロナウイルスワクチン 予防接種済証 (臨時) Certificate of Vaccination for COVID-19				
券種	2	ワクチン接種	1	回目	券種	1	予診のみ	1	回目	1回目	メーカー/Lot No. (シール貼付け)	
請求先	テスト郡テスト1町		000001		請求先	テスト郡テスト1町		000001		接種年月日		2021年 月 日
券番号	2100305001			券番号	2100305001			接種場所				
氏名	新型コロナ 検証11000000000000000000			氏名	新型コロナ 検証11000000000000000000							
								210000012100305001		110000012100305001		
券種	2	ワクチン接種	2	回目	券種	1	予診のみ	2		回目	2回目	メーカー/Lot No. (シール貼付け)
請求先	テスト郡テスト1町		000001		請求先	テスト郡テスト1町		000001		接種年月日	2021年 月 日	
券番号	2100305001			券番号	2100305001			接種場所				
氏名	新型コロナ 検証11000000000000000000			氏名	新型コロナ 検証11000000000000000000							
								220000012100305001		120000012100305001		

接種を受ける方へ
●シールは剥がさずに、台紙ごと接種場所へお持ちください。
●右側の予防接種済証は接種が終わった後も大切に保管してください。

氏名	新型コロナ 検証11000000000000000000
住所	青空市テスト郡テスト町内山田6988番地 方書△△△△△△△△▽▽▽▽▽▽▽▽▽▽△ ▽▽△△△△△△△△▽▽▽▽▽▽▽▽▽▽△
生年月日	昭和 7年 6月22日 生

テスト郡テスト1町長
健康 良一郎 78901234567890



新型コロナウイルスワクチン接種のお知らせ

接種費用
無料
(全額公費)

～医療従事者等の優先接種で接種済の方にも接種券をお送りしています。
このような方の接種券は、ご自分で破棄してください。～

1 接種可能な時期

区分	予約開始日	接種期間（医療機関での個別接種）
12歳～39歳	9月1日（水）～	令和3年9月8日（水）～令和4年2月末

※令和3年度中に12歳になる方は、**誕生日の前日からワクチンの接種ができます。**
このため、誕生日を迎える前月に、接種券を送付します。

2 予約方法

■ 集団接種を希望する場合（12歳～15歳の方を除く）

次の日程区分で、集団接種を行います。接種を希望する場合、市のコールセンターへ電話予約（番号は下段に記載）をお願いします。**予約には接種券に記載の10桁の券番号が必要ですので、お手元に準備して電話予約してください。**

区分	1回目	2回目	会場・接種時間
1	9月11日（土）	10月2日（土）	菱刈総合保健福祉センター（まごし館） 午前：9時～12時・午後：14時～17時
2	9月12日（日）	10月3日（日）	

※予約枠には上限がありますので、ご希望に添えない場合もあります。あらかじめご了承ください。

■ 医療機関での個別接種を希望する場合

(1) 次の表に掲載がある医療機関での接種を希望する場合、市のコールセンターへ電話予約をお願いします。市の窓口での予約受付はできません。

医療機関名	つよしくりニック、さわたりクリニック、菱刈中央医院、寺田病院、寺師医院 大保・川添クリニック、むらたクリニック、県立北薩病院、有村クリニック
-------	---

コールセンター電話番号	28-1108	予約時間	9時～16時（土日・祝日除く）
-------------	---------	------	-----------------

※コールセンターでの予約は、接種予定日の2週間前から受け付けますので、日程をご確認のうえ電話予約をお願いします。なお、**予約には接種券に記載の10桁の券番号が必要ですので、お手元に準備して電話予約してください。**


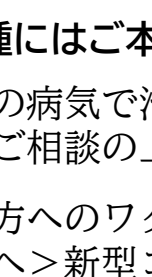
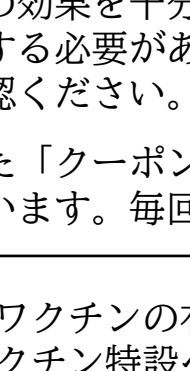
〔例〕接種希望日が9月20日（月）の場合、9月6日（月）から予約が可能です。

(2) 次の表に掲載がある医療機関での接種を希望する場合、**直接、医療機関へ電話予約**をお願いします。

医療機関名	電話番号	予約の電話をする時間
整形外科松元病院	23-5776	9時～16時30分（土日・祝日除く）
三浦医院	22-6911	14時～16時（金土日・祝日除く）
水間病院	26-4588	14時～16時（土日・祝日除く）
坂元内科	26-0178	15時～17時（土日・祝日除く）
古川医院	25-1151	14時～16時（土日・祝日除く）
大口病院	22-0336	14時～16時（土日・祝日除く）

※通常診療に関する連絡もありますので、予約の電話をする時間は必ず守ってください。

3 接種当日の持ち物

①クーポン券	②予診票	③本人確認書類
<ul style="list-style-type: none"> このお知らせに同封されています。 切りはなさずに、お持ちください。 	<ul style="list-style-type: none"> このお知らせに同封されています。 接種前に、必ずご記入ください。 	<ul style="list-style-type: none"> 運転免許証、健康保険証等 

◎ 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、基礎疾患で治療中の医療機関でワクチン接種をする方は、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は、市へお問い合わせください。



◎ ワクチン接種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、ワクチン接種をするかどうかお考えください。
- 12～15歳の方へのワクチン接種については、同封の「<12～15歳のお子様の保護者の方へ>新型コロナワクチン予防接種についての説明書」もご確認ください。

○ 注意事項

- ※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、予約した医療機関にご連絡ください。
- ※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回接種する必要があります。1回目の接種の際、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。



＜12～15 歳のお子様の保護者の方へ＞ 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
ワクチン用
(2021 年 7 月)

新型コロナワクチンの接種対象となっている 12～15 歳のお子様の保護者の方へ

- ◎ **接種させる場合には、予診票の署名欄に、保護者の氏名を署名してください。**接種を希望されない場合には、自署欄には何も記載しないでください。**予診票に保護者の署名がなければ予防接種は受けられません。**
- ◎ **中学生以上のお子様への予防接種については、接種医療機関（接種会場）が認める場合（※）には、保護者がこの説明書を読み、予診票に保護者の方が自ら署名することによって、保護者の同伴がなくても、お子様は予防接種を受けることができます。**
(※) 保護者の同伴が必要ない旨の案内をしている場合に限りです。案内をご覧になるか、予約時にご確認ください。
- ◎ **保護者の同伴なしに接種する場合には、予診票の「電話番号」記載欄には、緊急連絡先（予診や接種の際に、必ず保護者の方と連絡のつく電話番号）を記載してください。**
- ◎ 疑問などがあれば、あらかじめ、国や市町村からの情報をご覧いただくか、かかりつけ医やお住まいの市町村などに確認し、納得したうえで、ご判断をお願いします。

新型コロナウィ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ィルス（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 12 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。新型コロナウィルス感染症の発症を予防します。本ワクチンの接種を受けた人は、受けていない人よりも、新型コロナウィ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	12 歳以上（12 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 回目も必ず本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十分に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。

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。
- 通常の生活は問題ありませんが、当日の激しい運動等は控えてください。

副反応について

- 主な副反応は、注射した部分の痛み（※ 1）、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。

（※ 1）接種直後よりも翌日に痛みを感じる方が多いです。接種後 1 週間程度経ってから、痛みや腫れなどが起きることもあります。

- ごく稀ではあるものの、ワクチン接種後に軽症の心筋炎や心膜炎が報告されています（※ 2）。接種後数日以内に胸の痛みや動悸、息切れ、むくみ等の症状が現れたら、速やかに医療機関を受診してください。

（※ 2）1 回目よりも 2 回目の接種の後に多く、若い方、特に男性に多い傾向が見られます。

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。

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	◇ A L C - 0 3 1 5 : [(4 - ヒドロキシブチル) アザンジール] ビス (ヘキサン - 6 , 1 - ジイル) ビス (2 - ヘキシルデカン酸エステル)
	◇ A L C - 0 1 5 9 : 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
	◇ D S P C : 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 市 区 府 県 町 村	
	フリガナ	
氏 名	電話 番 号	() -
生年月日 (西暦)	年 月 日 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)	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。	

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 202 年 月 日

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

コミナティ®添付文書より改編

- 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。

◎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、できるだけお早めに受けてください。
- ・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。