

新型コロナウイルスワクチン接種のご案内

[高齢者の方向け]

新型コロナウイルスワクチンの接種を受けるために必要な接種券(クーポン券)をお送りします。
接種を希望する方は、以下の手続きで接種を受けてください。

接種費用
無料

接種の流れ

1

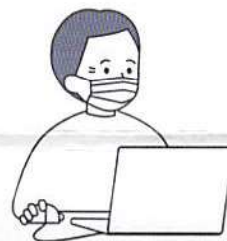
ワクチンの接種時期を確認する

- ・新型コロナウイルスワクチンは、以下の順番により順次接種を開始する予定です。
①医療従事者等 ②**高齢者(4月以降)** ③基礎疾患のある方など ④左記以外の方

あなたはこちら

※この順番は、今後
変更されることがあります。

- ・ご自身の接種可能時期は、国からの発表や堺市のホームページ、今後の広報さかいでお知らせします。
- ・堺市のコールセンターでもご案内します。



2

接種できる医療機関や会場を確認し、予約する

- ・接種は原則として、住民票がある市町村で受けられます。
- ・接種を受けるには、予約が必要です。
- ・堺市内で接種可能な医療機関や会場、予約方法は、堺市のホームページなどでお知らせします。
- ・堺市のコールセンターでもご案内します。

※住民票がある場所(住所地)以外での接種について

- お住まいが住民票の住所と異なる方→お住まいの市町村でワクチン接種を受けられる場合があります。お住まいの市町村へお問い合わせください。
- 入院・入所中の医療機関や施設でワクチン接種を受ける方→医療機関や施設にご相談ください。
- 基礎疾患で治療中の医療機関でワクチン接種を受ける方→医療機関にご相談ください。

※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。

ただし、ワクチンの供給量や医療機関の体制によっては、予約をお待ちいただく場合があります。

3

予約した日時に医療機関や会場で接種を受ける

以下のものを持参し、予約した医療機関や会場で接種を受けてください。

接種時に必要なもの

- ①このお知らせに同封の接種券(クーポン券)
- ②本人確認書類(運転免許証、健康保険証等)
- ③このお知らせに同封の予診票1枚(接種当日に記入したもの)

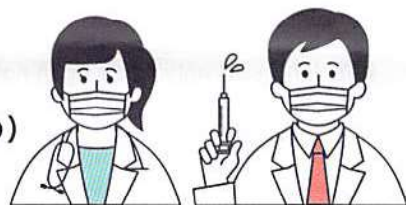
※接種の際は、接種券(クーポン券)を予診票に貼りつけたり
切り離したりせずにそのまま医療機関や会場にお持ちください。

※明らかな発熱がある場合や体調が悪い場合などは、予約先(医療機関または堺市のコールセンター)に連絡し、接種を控えてください。

※なるべく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(3~4週程度)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かご確認ください。

※2回の接種が終わるまで、接種券(クーポン券)は大切に保管してください。



堺市のホームページ、堺市のコールセンターの
お問合せ先は裏面をご覧ください

接種は強制ではありません

- 接種による感染症予防の効果と副反応のリスクの両方をご理解いただいた上で、自らの意志で接種を受けていただきます。受ける方の同意なく、接種が行われることはありません。
- 現在、何ら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、接種を受けるかどうかをお考えください。

お問合せ先・詳しい情報

接種時期・接種場所・予約などについて

堺市ホームページ

堺市 コロナ ワクチン

検索



堺市新型コロナワクチン接種コールセンター

TEL 0570-048-567 (ナビダイヤル) FAX 072-275-5288

時間 午前9時から午後5時30分まで

- ※9月30日までは土・日曜日・祝日も受付
- ※ナビダイヤルをご利用いただけない方はTEL:072-275-5270におかけください。
- ※おかけ間違いのないようお願いいたします。

LINEでお知らせ

堺市LINE公式アカウントで、ワクチン接種時期や予約の情報ははじめ、新型コロナウイルス感染症に関する情報をお届けします。

使い方



LINEで堺市を友だちに追加➡



堺市ホームページで、ご利用方法を詳しくお知らせしています。

堺市 ライン

検索

制度全般について

首相官邸ワクチン特設ページ

官邸 コロナ ワクチン

検索



厚生労働省 新型コロナワクチンコールセンター

TEL 0120-761770 (フリーダイヤル)

時間 午前9時から午後9時まで

※土・日曜日・祝日も受付

しんがたころなういらす よばうせっしゅ びょうき からだ ちゅうしゃ した ほーむぺーじ み
●新型コロナウイルスの 予防接種<病気に なりにくい 体に するための 注射>のことは、下の ホームページを 見て ください。
いろいろな 言葉で 見る ことが できます。

●For information on the COVID-19 vaccination, please visit the following multilingual website.

●关于新型冠状病毒疫苗接种事宜，请参阅以下多语种网站。

●신종 코로나바이러스 백신 접종에 관해서는 아래의 다국어 웹사이트를 참고하십시오.

●Vui lòng xem website đa ngôn ngữ dưới đây để biết chi tiết về việc tiêm vắc xin virus corona chủng mới.



https://www.city.sakai.lg.jp/kenko/kenko/kansensho/kansensho/corona/wakuchin/other_languages.html

⚠️ ワクチンに便乗した詐欺にご注意ください

行政機関等が、ワクチン接種のために費用負担を求めることはありません。
「お金を振り込めば、優先的に接種できる」などの不審な電話やメールにご注意ください。

あやしいと
思ったら相談を

国民生活センター
新型コロナワクチン詐欺 消費者ホットライン

0120-797-188

警察相談
専用電話

#9110

堺市立消費生活センター
(相談専用)

072-221-7146



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

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	◇ 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。



[現在のページ](#)
[トップページ](#)
[健康・福祉](#)
[健康](#)
[感染症・予防接種](#)
[感染症](#)
[新型コロナウイルス関連特設ページ](#)
[新型コロナワクチン接種ポータルサイト](#)
[新型コロナワクチンの副反応](#)

新型コロナワクチンの副反応

更新日：2021年3月5日

新型コロナワクチンの接種を希望される場合は、[新型コロナワクチンの説明書](#)をよく読み、必ずワクチン接種の有効性と副反応のリスクを十分にご理解いただいた上で接種してください。新型コロナワクチンの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。

どんなワクチンでも、副反応が起こる可能性があります

一般的にワクチン接種後には、ワクチンが免疫をつけるための反応を起こすため、接種部位の痛み、発熱、頭痛などの「副反応」が生じる可能性があります。治療を要したり、障害が残るほどの副反応は、極めて稀ではあるものの、ゼロではありません。今回新たに承認されたワクチンの国内治験では、ワクチンを2回接種した後に、接種部位の痛みは約80%の方に、37.5度以上の発熱が約33%の方に、疲労・倦怠感が約60%の方に認められています。ワクチンに含まれる成分に対する急性のアレルギー反応（アナフィラキシー）の発生頻度は、米国で100万回あたり5人程度と報告されています（1月18日時点）。接種後にもしアナフィラキシーが起こってもすぐ対応できるよう、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。

接種による健康被害救済制度

一般的に、ワクチン接種では、副反応による健康被害（病気になったり障害が残ったりすること）が、極めて稀ではあるものの避けることができないことから、救済制度が設けられています。新型コロナウィルスワクチンの接種についても、健康被害が生じた場合には、予防接種法に基づく救済を受けることができます。救済制度では、予防接種によって健康被害が生じ、医療機関での治療が必要になったり、障害が残ったりした場合に、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。

詳しくは、[厚生労働省の予防接種健康被害救済制度のページ（外部リンク）](#)でご確認ください。

このページの作成担当

堺市新型コロナワクチン接種コールセンター

電話：0570-048-567 ファックス：072-275-5288

上記の電話番号（ナビダイヤル）をご利用いただけない方は072-275-5270におかけください。

[このページの作成担当にメールを送る](#)

堺市役所 〒590-0078 堺市堺区南瓦町3番1号

[▶ 市役所への行き方・庁舎案内](#)

電話：072-233-1101（代表）

[サイトの使い方](#) |
 [リンク・著作権・免責事項](#) |
 [個人情報の保護](#) |
 [市政・ホームページへのご意見ご提案](#) |
 [ウェブアクセシビリティへの取り組み](#)

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
	※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	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日 202 年 月 日