

八幡浜市
65歳以上

新型コロナワクチン 接種のお知らせ

接種費用
無料
(全額公費)



ワクチン接種までの流れ

1 接種可能な時期を確認する

新型コロナワクチンは、**医療従事者等、高齢者、基礎疾患のある方等**から順次接種を開始する予定です。ご自身の接種の順番をご確認いただき、順番が来るまでお待ちください。

- ※ 国からの発表をお待ちください。厚生労働省のホームページやお住まいの市町村の相談窓口でもご確認いただけます。
- ※ 高齢者や基礎疾患のある方の範囲は裏面をご覧ください。
- ※ 少しお待ちいただく可能性はありますが、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。安心してお待ちください。

2 医療機関/接種会場を探す

市町村からの広報やインターネットで、ワクチンを受けることができる医療機関や接種会場を探しましょう。

詳しくは右の **接種総合案内サイト「コロナワクチンナビ」** をご確認ください。

「コロナワクチンナビ」サイトアドレス: <https://v-sys.mhlw.go.jp>

- ※ 医療機関や接種会場を探すことができない場合は、お住まいの市町村にお問い合わせすることができます。
- ※ 入院中・入所中の方等を除き、ワクチンは住民票のある市町村（住所地）で受けます。住所地以外でのワクチン接種については、裏面をご覧ください。
- ※ コロナワクチンナビで直接予約をすることはできません。



「コロナワクチンナビ」
二次元コード

3 予約して、ワクチンを受ける

八幡浜市では、コールセンターで予約を受け付けます。
接種希望日の1週間前までに予約してください。

コールセンター電話番号: **0570-00-0835**



当日の
持ち物

- ・接種券(このお知らせに同封されています)
- ・予診票(")
- ・本人確認書類(運転免許証、健康保険証等)



- ※ 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、予約した市町村の窓口や医療機関にご連絡ください。
- ※ 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。

◎ 高齢者の接種開始

令和3年度中に65歳に達する方（昭和32年4月1日以前に生まれた方）から接種を予定しています。

◎ 基礎疾患のある方とは

基礎疾患のある方は、高齢者の次に接種が開始される予定です。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。

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 | 7. 免疫の機能が低下する病気（治療中の悪性腫瘍を含む。） |
| 2. 慢性の心臓病（高血圧を含む。） | 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 |
| 3. 慢性の腎臓病 | 9. 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患 |
| 4. 慢性の肝臓病（ただし、脂肪肝や慢性肝炎を除く。） | 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） |
| 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 | 11. 染色体異常 |
| 6. 血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。） | 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） |
| | 13. 睡眠時無呼吸症候群 |

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。

◎ 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を受ける方 → かかりつけ医にご相談ください。
- ・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。

◎ 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。

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。

官邸 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。

【お問い合わせ先】

八幡浜市 新型コロナワクチン接種相談窓口

電話番号 : 24-6626 (保健センター代表)

受付時間 : 平日 午前8:30 ~ 午後5:00

八幡浜市
65歳以上

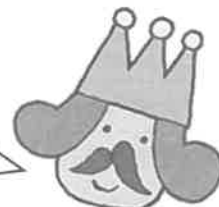
新型コロナウイルスワクチン 接種の手続きについて

ワクチン接種は**無料**です

接種は**2回必要**です。1回目から20日の間隔をあけて2回目を接種します

接種は強制ではありません。接種を受けるメリットや接種後の副反応（相談窓口は裏面）などを考えて、自らの意思で接種を受けていただきます。本人の同意がある場合に限り接種を行います。

また、何らかの病気を治療中の方は、事前に主治医に相談しましょう。



ステップ 1	接種する医療機関を決める ⇒ 裏面の医療機関一覧から、接種する医療機関を選んでください。 ○原則、住民票がある市町村（住所地）の医療機関等で接種します。 ・基礎疾患がある方やかかりつけ医が市外の方は、市外の医療機関で接種することもできます。その他、住所地以外で接種したい場合は、市相談窓口にお問い合わせください。
ステップ 2	接種する日程を決める ⇒裏面の医療機関一覧で、接種できる曜日や時間を確認してください。 ○1回目と2回目、両方の日程を決めてください。 ・基本的に、1回目の3週間後の同じ曜日に、2回目の接種をします。 ○1日に接種できる人数の制限があるため、希望日時に接種できない場合があります。
ステップ 3	コールセンターに予約をする ※希望日の1週間前までに予約をしてください。 電話番号 : 0570-00-0835 (有料 ※ガイダンス中は料金はありません) 受付時間 : 平日 午前 9:00 ~ 午後 5:00 ☆電話での予約が難しい方はこちら⇒ FAX番号 24-6652 ○1回目と2回目の両方を、同時に予約受付します。 ○キャンセルや変更もコールセンターで受け付けます。 ○当日キャンセルの場合は、ご自身で医療機関へキャンセルの連絡をしてください。
ステップ 4	予診票を記入する ⇒医療機関に行くまでに、同封の説明書をよく読んで、予診票を記入しておいてください。 ○予診票は2回分同封しています。1回目と2回目の区別はありません。 ○体温や体調などは、接種当日に記入してください。
ステップ 5	当日、医療機関で接種する

八幡浜市 新型コロナワクチン接種 実施医療機関

医療機関名 ☆印は、かかりつけの方のみ	実施日時 ※変更となる場合がありますので、ご了承ください。
浅田内科医院	水：午後 1 時 30 分～4 時 30 分
旭町内科クリニック	月～木・土：午前 9 時～午後 0 時、午後 4 時～5 時
穴井診療所	月～水・金・土：午前 10 時～11 時 30 分
宇都宮病院	月～金：午後 1 時～4 時 30 分、土：午前 9 時～11 時 30 分
加藤内科	月～水・金：午前 9 時～11 時 30 分、午後 2 時～5 時 30 分 木・土：午前 9 時～11 時 30 分
鎌田内科消化器科クリニック	月～水・金：午前 9 時～11 時 40 分、午後 2 時 30 分～4 時 30 分 木・土：午前 9 時～11 時 40 分
川上診療所	月・水・金：午後 3 時 30 分～4 時
小泉産婦人科医院	月～木：午後 1 時～2 時 30 分
こくぶ内科クリニック	火・水・金：午前 10 時～午後 0 時
清水医院	月・水～土：午前 8 時 30 分～11 時 30 分 火：午前 8 時 30 分～10 時 30 分
市立八幡浜総合病院	月～金：午後 2 時～4 時
谷池内科・胃腸科	月～金：午前 9 時～10 時
チヨダクリニック	火：午前 10 時 30 分～午後 0 時
中野医院	月～金：午前 11 時～午後 0 時
☆にしむら整形外科	月・木・金：午前 9 時～11 時、午後 3 時～5 時 火・水：午前 9 時～11 時
☆ひらやま内科・呼吸器内科クリニック	月～水・金：午前 9 時～11 時、午後 2 時～3 時 木・土：午前 9 時～11 時
広瀬病院	月：午後 3 時 30 分～5 時、金：午後 1 時 30 分～3 時
宝道医院	月・火・木・金：午後 1 時～5 時
真網代くじらリハビリテーション病院	月：午後 2 時～3 時、水・土：午前 11 時～午後 0 時
☆みかんこどもクリニック	土：午前 9 時～午後 0 時
三瀬医院	月～木：午前 10 時 30 分～11 時 30 分
守口小児科	月～金：午前 10 時～11 時
柳田脳神経外科	月～金：午前 9 時～午後 0 時
矢野脳神経外科医院	月～土：午前 11 時～午後 0 時
川之石診療所	月～金：午前 9 時～11 時、午後 2 時～4 時
喜須来診療所	月～水：午前 8 時 30 分～11 時 30 分
なかの泌尿器科	月・水・金：午後 3 時～4 時
永松内科医院	月・木～土：午前 9 時～11 時 30 分 火・水：午後 2 時～5 時 30 分
二宮医院	月～金：午前 9 時 30 分～11 時、午後 2 時～5 時 ※第 2・4 金曜は午前中のみ

《相談窓口 ※この電話番号からは予約の受付はできません》

【市の相談窓口】

電話番号：24-6626（保健センター代表）

受付時間：午前 8：30～午後 5：00（平日のみ）

【副反応等の県の相談窓口】

副反応の相談や副反応等がでた場合の医療機関へ受診
するかどうかの相談など

電話番号：0120-567-231（フリーダイヤル）

受付時間：午前 8：30～午後 8：00（土日祝日含む）

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	◇ A L C - 0 3 1 5 : [(4 - ヒドロキシブチル) アザンジイル] 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。

八幡浜市 ワクチン接種日管理表

あなたの新型コロナワクチン接種日



STEP 1

オペレーターの案内に従い1回目を記入

1回目： 月 日 () 時 分

接種場所：

STEP 2

オペレーターの案内に従い2回目を記入

2回目： 月 日 () 時 分

接種場所：

STEP 3

予約電話を切ってからすること

目立つところに貼る

毎日見るカレンダーに記入する

STEP 4

当日持っていくもの

①接種券 ※接種券を忘れた場合は接種できません。

1回目と2回目両方で必要です。シールは剥がさず台紙ごとお持ちください。

②予診票 (1枚)

③本人確認ができるもの(運転免許証、健康保険証など)

- ☆ マスクを着用してお越しく下さい。
- ☆ 密を避けるため、時間どおりにお越しく下さい。
- ☆ 肩を出しやすい服装でお越しく下さい。
- ☆ 発熱がある方や体調が悪い方は接種できません。

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	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 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。 <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

