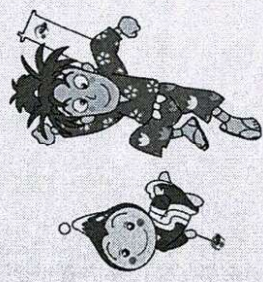
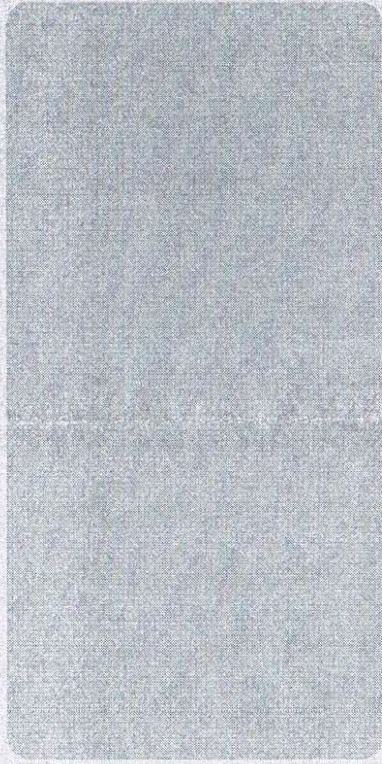


料金後納  
郵便

郵便区内特別



**新型コロナウイルスワクチン接種クーポン券 在中**



新型コロナウイルスワクチン 新型コロナウイルスワクチン  
一般相談コールセンター 予約コールセンター  
**☎052-408-0900** **☎0120-80-5670**  
応対時間 月～土曜日 午前9時～午後5時

〒452-8569 愛知県清須市須ヶ口1238番地  
清須市役所 健康福祉部 健康推進課  
☎052-400-2911 (代表)





## 会場のご案内

### ■会場一覧

接種会場	はるひ呼吸器病院 みずとびあ庄内(庄内川防水センター)
受付会場	清洲総合福祉センター 新川福祉センター 春日公民館

- ※ 受付会場を介さずに接種会場に来られた場合、ワクチン接種はできませんのでご注意ください。
- ※ 駐車場の数に限りがありますので、車以外のご来場や、乗り合わせのご来場等にご協力ください。

### ■みずとびあ庄内(西枇杷島町北枇杷池15番地1)



※ シャトルバスの出入りにご注意ください。

### ■新川福祉センター(町七丁目193番地)



### ■はるひ呼吸器病院(春日流8番地1)



### ■清洲総合福祉センター(一場古城604番地15)



- ※ 受付会場に階段がありますのでご注意ください。
- ※ シャトルバスの出入りにご注意ください。

### ■春日公民館(春日東8番地2)



※ 受付会場に階段がありますのでご注意ください。

## コールセンター

コールセンター	電話番号	受付時間	受付内容
清須市一般相談コールセンター	052-408-0900	月～土 午前9時～午後5時	清須市のワクチン接種手続等の相談先
清須市予約受付コールセンター	0120-80-5670	月～土 午前9時～午後5時	清須市のワクチン接種予約

## 清須市 新型コロナウイルスワクチン接種のお知らせ

# 見本

### ◆ 同封物一覧 ※中身をご確認ください

同封物	備考
1 クーポン券	予約時と当日接種時に必要となります。
2 予約票 2枚 (桜色)	2回接種分を同封しています。
3 予約票記入例	両面印刷
4 新型コロナウイルス予防接種のお知らせチラシ (ファイザー社製)	両面印刷、必ずご一読ください。
5 新型コロナウイルスワクチン接種のお知らせチラシ (本紙)	

※ これらの資料は2回接種が終わるまで大切に保管してください。

※ 医療従事者の方等で既にワクチンを接種された場合はこれらの資料を破棄してください。

### ◆ 接種事前準備エッセンス

※ 高齢者施設に入所している方は、施設にお問い合わせください。

#### 【予約前】

- 接種までのながれを確認する。 ※ 2ページ目以降をご確認ください。
- クーポン券を手元に用意する
- ※ 予約にはクーポン券(右上部)に記載の「予約番号」が必要です。
- 接種間隔を確認する。(2回目接種の場合) ※ 一定の間隔をあける必要があります。
- 予約方法を確認し、予約する。

4月26日(月)午前9時から接種の予約受付を開始します。

【電話の場合】清須市予約受付コールセンターの電話番号⇒0120-80-5670

【Webサイトの場合】予約受付WebサイトQRコード⇒



※ 日によって受付会場が異なります。(見開き2、3ページを参照) 広報清須臨時号又は市ホームページにいつの日にも、この会場が受付をしているかを掲載しますのでご確認ください。

※ ワクチン接種は、祝日を除く月曜日から金曜日の午後です。

※ 障害者手帳や療育手帳をお持ちの方又は要介護認定を受けている方等、介助なしにシャトルバスに乗車することが困難な方は、平日の午前又は土曜日に事前予約の上、はるひ呼吸器病院に直接来院していただけます。(予約は電話のみとなります。)

#### 【予約後】

- 予約票を記入する。
- ※ 別紙予約票記入例を参考にし、予約票を記入してください。

### ◆ 接種当日エッセンス

#### 【持ち物】

- クーポン券
- ※ 2回分の「接種券」や「予防接種済証」等が1枚になっているので、切りはなさず台紙ごとお持ちください。
- 予約票 ※ 別紙予約票記入例を参考に自宅で記入を済ませてください。
- 本人確認書類(健康保険証、運転免許証等)

#### 【その他】

- 半袖又はノースリーブ等の肩を出しやすい服装にする。
- 上着を着る場合は脱ぎやすいものにしてください。
- マスクを盗用する。 ※ 感染対策のためご協力を願います。
- なるべく荷物を少なくする。 ※ 会場の移動があるため
- 検温をし、予約票に記入する。 ※ 37.5℃以上の場合は予約の取り消しをお願いします。







# 【65歳以上限定】ワクチン接種までのながれ

## ① クーポン券等の受け取り

ワクチン接種には、同封のクーポン券が必要で、クーポン券は予約や接種当日に必要になりますので、大切に保管してください。

## ② 受付会場の確認

日によって、受付会場が異なります。広報清須臨時号又は市ホームページにいつの日に、どこの会場で受付しているのかを掲載しますのでご確認ください。

## ③ 接種の予約

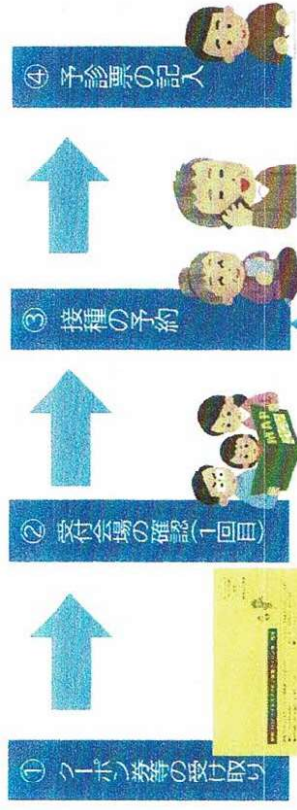
接種のためには、事前予約が必要です。予約受付Webサイト又は予約受付コールセンターを通じて予約を行ってください。(1ページ及び4ページ目参照) 予約にはクーポン券(右上部)に記載の『予約番号』が必要になりますので、クーポン券をお手元に用意してください。また、ファイザー社製のワクチンは、一定の間隔をおいて2回接種する必要がありますので、1回目の接種終了後に、2回目の予約をお願いいたします。

- ※ はるひ呼吸器病院では、予約受付を行っておりません。
- ※ 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、事前にかかりつけの医師等と相談の上、ワクチンを受けるかどうかをお考えください。
- ※ やむを得ない理由を除き、予約をキャンセルする場合は、接種の2日前までにお願いいたします。

## ④ 予診票の記入

接種当日までに、黄色い封筒に同封されている黄色の予診票を記入してください。(2回接種分の予診票が同封されています) 記入の際には、同じく同封の新型コロナウイルスワクチン予防接種についての説明書(ファイザー社製)をご一読いただき、予診票記入例を参考にしてください。

### 事前準備



### 接種当日

※ 所要時間は前後する可能性があります。



### ⑩ 受付会場の確認(2回目)

## ⑤ 受付(受付会場)

円滑な接種を実施するため、地区ごとに受付日を決めて、それぞれ会場を設けています。

直接、はるひ呼吸器病院に行かれた場合は、接種を受けることができませんので、当日はお間違いないようにお越しください。

受付会場では、「本人確認」、「検温」、「クーポン券・予診票の確認」などを実施します。また、感染防止対策のため、マスクの着用、手指消毒にご協力ください。

地区	受付会場	所在地
西枇杷島	みずとびあび内(庄内氷防センター)	西枇杷島町北枇杷池15番地1
清洲	清洲総合福祉センター	一場古城604番地15
新川	新川福祉センター	助七丁目193番地
春日	春日公民館	春日東出8番地2

※ 駐車場の数に限りがありますので、車以外でのご来場や、乗り合わせでのご来場等にご協力ください。

## ⑥ ⑧ バス移動

受付会場とはるひ呼吸器病院との間の往復は、シャトルバスで移動します。

※ はるひ呼吸器病院にはワクチンを接種する方が利用できる駐車場がありませんので、必ず受付会場からシャトルバスでの移動となります。

## ⑦ 接種(はるひ呼吸器病院)

はるひ呼吸器病院で医師による問診のち、ワクチン接種を行います。その後、一定時間(15~30分間)待機し、シャトルバスで受付会場に戻ります。

※ 半袖又はノースリーブ等の着出しやすい服装にし上着を着る場合は脱ぎやすいものにしてください。



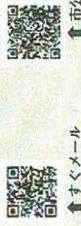
※ 15~30分間の待機中は看護師の目の届く範囲にいないければならないため、お手洗いに行くことができません。受付会場でお手洗いに行くことをお勧めします。

## ⑨ 解散

シャトルバスで受付会場に戻ったら終了です。1回目の接種の翌日以降、早めに2回目の接種の予約をしてください。

## 最新情報について

ワクチン接種に係る最新情報につきましては、「広報清須臨時号」及び「市ホームページ」などでその都度お知らせしていきます。受付会場についても掲載していきますので、ご確認ください。市ホームページの更新のタイミングは、「すぐメール」、「市公式LINE」でリアルタイムにお知らせしますので、この機会にぜひご登録ください。







# 新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

見本 記入例

※太枠内にご記入ください。太枠を越えてはご記入ください。

※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

住民票に記載されている住所	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> <b>必ずボールペン（黒・青色）で記入してください。</b>  <b>【消せるボールペンは不可】</b> </div>		市 区 村
フリガナ	キヨス タロウ	電話番号	( 052 ) 400 - 2911
氏名	清須 太郎		
生年月日(西暦)	1932年 3月 31日生(満 89歳)	<input checked="" type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	診察前の体温 36度 5分

**必ず自宅で検温し、記入してください。**

質問事項	回答欄	医師記入欄
<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> <b>ご自身の状況について回答してください。</b>  <b>(裏面の予診票Q&amp;Aもご覧ください。)</b> </div>	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬( ●●●●●● ) <input type="checkbox"/> その他( )	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
最近1ヶ月以内に、かかりつけの医師にワクチンを接種してもよいか確認してください。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
今日、体に具合が悪い(ひきかえ)ありませんか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ	

**『はい』にチェックをした方は、必ずかかりつけの医師にワクチンを接種してもよいか確認してください。**

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 ) 本人に対して、接種の効果、副反応及び <b>ここは記入しないでください!</b>	医師署名(必ず認印)
-------	---	------------

**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 **清須 太郎**  
(※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)

**接種当日の日付**

医師記入欄	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るか確認	実施場所 医療機関等コード 接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日 <b>ここは記入しないでください!</b> 2022年 月 日
-------	--	---



# 予診票Q&A

**Q** 基礎疾患がある方とは、どのような方ですか。

- A**
- 以下の病気や状態の方で、通院又は入院している方
    - ①慢性の呼吸器の病気
    - ②慢性の心臓病（高血圧を含む。）
    - ③慢性の腎臓病
    - ④慢性の肝臓病（肝硬変等）
    - 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
    - ⑥血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。）
    - 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。
    - ⑨免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患
    - 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）
    - ⑪染色体異常
    - 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
    - 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）
  - 2.基準（BMI30以上）を満たす肥満の方  
BMI30の目安：身長170cmで体重約87kg、身長160cmで体重約77kg

**Q** 治療中の病気がありますが、ワクチンの接種はできますか。

**A** 接種会場にて、予診をする医師が接種可能かを判断しますが、安心してワクチンを接種していただくため、治療・投薬中の方は事前にかかりつけの医師に接種可能か確認してください。

**Q** 血をサラサラにする薬を飲んでいると、ワクチン接種はできませんか。

**A** ワクチン接種を受けることはできますが、新型コロナワクチンは筋肉内に注射するため、接種後の出血に注意が必要です。また、服用している薬の名前を予診票に記入していただくとともに、事前にかかりつけの医師に接種可能か確認してください。

**Q** 本人による自署が困難なのですが、代筆は可能ですか。

**A** ご本人が接種を希望されているものの、何らかの理由でご本人による自署が困難な場合は、ご家族等の方々に代筆していただくことは可能です。代筆した場合、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載してください。なお、本人のワクチン接種の同意が確認できなければ接種ができません。

**Q** 生年月日は和暦で記入してもいいですか。

**A** 西暦で記入してください。

(例)

西暦○ 1956年7月7日

和暦× 昭和31年7月7日



# 新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

見本

見

被接種者に送付する封筒には、2回分(2枚)同封しております

※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	愛知 都府 道県 清須 (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)	<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	
『新型コロナウイルスワクチンの説明書』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 ) 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。	医師署名又は記名押印
-------	---	------------

### 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







見本

**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 <sup>®</sup> 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） ◇ 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。

