厚生委員会資料
令和３年４月１９日
品川区保健所保健予防課

新型コロナウイルスワクチン接種について

1　国の基本設計

・国の指示のもと、都道府県の協力により、市町村において予防接種を実施
・市町村は住民向けの接種体制を構築し、接種を希望する方は原則、居住地の市町村で接種を受ける。

2　国、都道府県、市町村の役割

国　ワクチン確保、財政措置　ほか
都　医療従事者への接種体制、市町村事務に係る調整　ほか
区　医療機関との委託契約、接種費用の支払、一般相談対応
　　住民への接種勧奨、個別通知（予診票、クーポン券）、集団接種会場確保

3　品川区が準備する事項（主なもの）

人的体制の整備　　４月１日付組織改正、人員配置８名
予防接種台帳システム等の改修　改修中
印刷・郵送　　JTB に委託
接種実施体制の調整・確保　　両医師会、医療機関と調整中
相談体制の確保　　コールセンターを 3/1 設置した。TEL03-6633-2433

4　接種方法

集団接種を基本とし、医師会と調整後、個別接種会場（医療機関）を追加する。

5　接種会場

①　集団接種

施設名	所在地	時期	備考
障害児者総合支援施設	南品川 3-7-7	5 月下旬以降	1 階多目的室
旧荏原第四中学校	豊町 3-5-31		体育館
大崎第一地域センター	西五反田 3-6-3		講習室等
旧ひろまち保育園	広町 2-1-18		一部改修、会場使用は 10 月まで
ウエルカムセンター原	西大井 2-5-21		スポーツ室
こみゅにてぃぷらざ八潮	八潮 5-9-11		スポーツ室
大井競馬場	勝島 2-1-2		4 号スタンド 5 階
品川区医師会館	北品川 3-7-25	6 月以降	上記会場へ医師等の派遣を優先するため
荏原医師会館	中延 2-6-5		

※ワクチン数量、医師・看護師等の確保状況により、開設日・予約枠数は変動するため、開設期間等は未定

②　個別接種

調整中

6　ワクチンの供給・確保予定

4 月　4/19 の週　2 箱　約 2,000 回分　約 1,000 名×2 回
5 月　5/ 3 の週　3 箱　約 3,000 回分　約 1,500 名×2 回
　　5/10 以降は未定

7　区民への接種

① 高齢者施設入所者への接種
・特別養護老人ホーム、グループホームの 65 歳以上の入所者約 1,000 名（約 2,000 回分）からワクチン接種を開始する。
・4 月 26 日（月）に、荏原特別養護老人ホームから接種を開始する。

② 集団接種会場における接種
・5 月 24 日の週から開始する。開設する会場や会場数は調整中。

8　医師・看護師等の確保状況

65 歳以上の入所者約 1,000 名(約 2,000 回分)は確保した。集団接種会場等は、医師会、薬剤師会等の関係団体と調整中。

9　区民への周知

① 2/25　区ホームページにおしらせ掲載
② 3/1　広報しながわ 3 月 1 日号で、概要、スケジュール、コールセンターの設置等を周知した。
③ 3/1　チャットボット開設
④ 5/11　広報しながわ 5 月 11 日号で、接種券の発送を周知

10 接種券の発送

5 月 12 日（水）に、75 歳以上の高齢者に接種券を発送する。
その後、ワクチンの供給の見通しにより、65 歳以上 74 歳以下の高齢者に接種券を発送する。
※年齢の基準日は、令和 4 年 3 月 31 日時点での満年齢に基づく。
※接種券は個人あてに発送する。

11 予約の受付

5 月 19 日（水）から電話と Web での予約受付を開始する。

12　その他参考情報

① 品川区内医療従事者用ワクチンの納品状況（ワクチン 1 箱：約 1,000 回分、約 1,000 名×1 回）

	昭和大学病院	東京品川病院	NTT 東日本	その他（※）
3 月	6 箱	1 箱	3 箱	
4/12 の週	2 箱（予定）	2 箱（予定）	1 箱（予定）	1 箱（予定）
4/19 の週	4 箱（予定）	2 箱（予定）	4 箱（予定）	

※その他：大村病院

999-9999　　# 99009999
品川区□□□１丁目９９番□□号

□□　□□　様

予約番号
1310 - 9199 - 9999 - 9999

品川区保健所保健予防課
新型コロナウイルスワクチン接種コールセンター
電話：03-6633-2433
FAX：03-6684-4845

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。接種は任意です。

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お持ちください。

接　種　券

券　種	2	ワクチン接種	1	回目
請求先	東京都品川区		131091	
券番号	9999999999			
氏　名	□□　□□			

211310919999999999

券　種	2	ワクチン接種	2	回目
請求先	東京都品川区		131091	
券番号	9999999999			
氏　名	□□　□□			

221310919999999999

診察したが接種できない場合

券　種	1	予診のみ	1	回目
請求先	東京都品川区		131091	
券番号	9999999999			
氏　名	□□　□□			

111310919999999999

券　種	1	予診のみ	2	回目
請求先	東京都品川区		131091	
券番号	9999999999			
氏　名	□□　□□			

121310919999999999

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。

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

1回目	
接種年月日	メーカー／Lot No.（シール貼り付け）
年　月　日	
接種場所	

2回目	
接種年月日	メーカー／Lot No.（シール貼り付け）
年　月　日	
接種場所	

氏　名	□□　□□
住　所	品川区□□□１丁目９９番□□号
生年月日	[redacted]年[redacted]月[redacted]日生

東京都　品川区長　濱野 健

シール印刷

令和３年４月７日時点

品川区新型コロナウイルスワクチン接種のご案内

費用は **無料**です

接種は **任意**です

事前予約 が必要です

既往症がある方、接種にあたり不安な点がある方は
かかりつけの医療機関で**事前にご相談のうえ、**
ご予約ください。

１ 実施方法

① **実施場所**　**品川区内集団接種会場または実施医療機関**

② **対象者**　**接種日時点で品川区に住民登録がある方**
※対象年齢、接種順位等については、厚生労働省から示される情報に基づき、広報しながわ、品川区ホームページ等に掲載します。
※品川区から転出した場合、接種券は無効になりますので、既に予約を入れていたとしても、ワクチン接種を受けることはできません。転出先の市区町村にご相談ください。

③ **接種回数**　**2回**（国内に供給されているファイザー社製のワクチンにおける接種回数）

④ **接種間隔**　**3週間**（国内に供給されているファイザー社製ワクチンの場合）
※3週間後の同じ曜日に接種してください。
※接種後3週間を超えた場合、できるだけ速やかに2回目の接種を受けてください。

品川区新型コロナウイルスワクチン接種コールセンター
電話　03－6633－2433
FAX　03－6684－4845
受付時間　午前9時～午後5時（火曜日は午後7時まで）
※土・日曜日、祝日を含む毎日開設
品川区ホームページ　https://www.city.shinagawa.tokyo.jp/

Ａ３二つ折り印刷

2　接種までの流れ

① **接種券を受け取る**

接種券は、品川区から本ご案内に同封されて郵送で届きます。大切に保管してください。

② **1回目の接種の予約をする**

コロナワクチン接種を希望される方は「コールセンター」または「Web」にて予約をしてください。

③ **1回目の接種を受ける**

予約した接種会場に行き、接種を受けてください。

※接種は肩へ行います。
肩を出しやすい服装でお越しください。

④ **2回目の接種の予約をする**

1回目の接種が完了後、「コールセンター」または「Web」にて2回目の接種予約をしてください。

⑤ **2回目の接種を受ける**

予約した接種会場に行き、接種を受けてください。

※肩を出しやすい服装でお越しください。

⑥ **接 種 完 了**

接種済証は大切に保管してください。

※発熱等の体調不良等により接種を受けられない場合があります。
※原則、1回目の接種を集団接種会場で受けた場合、2回目も集団接種会場で受けてください。
同様に、1回目の接種を実施医療機関で受けた場合は、2回目も同じ実施医療機関で受けてください。（種類の異なるコロナワクチンを接種してしまうことを防ぐためです。）

3　接種の際に持参するもの

① **接種券**…本通知に同封している接種券（送付封筒ごとご持参ください）

② **予診票**…本通知に同封している「新型コロナワクチン接種の予診票」を**必ず事前にご記入の上**会場にご持参ください。記入方法は４ページをご覧ください。

③ **本人確認書類**…生年月日や住所の印字があり、本人確認できるもの。
運転免許証、マイナンバーカード（顔写真付きのもの）、健康保険証など

※接種の際に、接種券と本人確認書類をお忘れになった場合、接種を受けることができませんので、ご注意ください。
※2回の接種が終わるまで、接種券を紛失しないようにしてください。

Ａ３二つ折り印刷

4　予約方法

予約開始日は、品川区ホームページ、広報しながわでお知らせいたします。

①コールセンターでの予約

コロナワクチン接種は
１回ごとに予約が必要です

お手元に接種券をご用意のうえ、ご連絡ください。

品川区新型コロナウイルスワクチン接種コールセンター

電話　03－6633－2433
FAX　03－6684－4845

受付時間　午前9時～午後5時（火曜日は午後7時まで）　※土・日曜日、祝日を含む毎日開設
※英語・中国語も対応

②Web 予約

予約の方法は、別紙「予約方法のご案内」をご参照ください。

Web 予約サイト「品川区コロナウイルスワクチン接種予約フォーム」
https://www.city.shinagawa.tokyo.jp/covid-19-yoyaku.html

※Web 予約サイトでは、予約情報確認の他、予約完了や予約日前日の通知メールが届くなどのサービスが受けられ大変便利です。予約開始直後は、コールセンターへのお電話が繋がりにくい状況も考えられますので、可能な方はぜひ Web 予約をご利用ください。

あなたの予約日時（メモとしてご利用ください）

1回目　____月____日（　　）____時____分から____時____分　場所_____

2回目　____月____日（　　）____時____分から____時____分　場所_____

5　集団接種実施予定場所

施設名	住所
大崎第一地域センター	西五反田3－6－3
障害児者総合支援施設　ぐるっぽ	南品川3－7－7
旧荏原第四中学校	豊町3－5－31
旧ひろまち保育園	広町2－1－18
ウェルカムセンター原・交流施設	西大井2－5－21
こみゅにてぃぷらざ八潮	八潮5－9－11
大井競馬場	勝島2－1－2
品川区医師会館	北品川3－7－25
荏原医師会館	中延2－6－5

※**実施予定場所は今後、追加・変更の可能性があります。**
※医療機関での接種については調整中です。
※接種可能場所・日時等の最新情報はコールセンター・品川区ホームページでご確認ください。

Ａ３二つ折り印刷

6 予診票について

現在、治療(投薬など)を受けている場合、もしくは下の赤枠内に気になる点がある方は、
その病気を診てもらっている医師に、コロナワクチンの接種を受けて良いか必ず確認を取ってください。
主治医に確認を取っていない場合、接種を受けることができない場合がありますのでご注意ください。

新型コロナワクチン接種の予診票 (抜粋)

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

見本

住民票に記載されている住所	市 区 町 村	※左隅に合わせ、点線に沿って貼り付けてください (クーポン貼付)
フリガナ	( )	
氏 名		
生年月日(西暦)	年 月 日生 (満 歳)	□男・□女 診察前の体温 度

クーポン券は貼らないでください

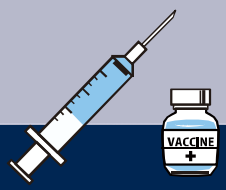
質問事項	回答欄	
新型コロナワクチンの接種を初めて受けますか。 (接種を受けたことがある場合 1回目: 月 日、2回目: 月 日)	□はい	□いいえ
現時点で住民票のある市町村と、クーポン券に記載されている市町村は同じですか。	□はい	□いいえ
『新型コロナワクチンの説明書』を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。	□はい	□いいえ
接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。 □医療従事者等 □65歳以上 □60~64歳 □高齢者施設等の従事者 □基礎疾患を有する(病名:)	□はい	□いいえ
現在、何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。 病 名:□心臓病 □腎臓病 □肝臓病 □血液疾患 □血が止まりにくい病気 □免疫不全 □その他( ) 治療内容:□血をサラサラにする薬( )□その他( )	□はい	□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。	□はい	□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( )	□はい	□いいえ
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状( )	□はい	□いいえ
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	□はい	□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( )	□はい	□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( )	□はい	□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。	□はい	□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( )	□はい	□いいえ
今日の予防接種について質問がありますか。	□はい	□いいえ

他のワクチンを接種した場合は、コロナワクチンとの間隔を 2 週間開ける必要があります。
2 週間以内に他のワクチンを受けている場合は、コロナワクチンを接種できませんので、ご注意ください。

Ａ３二つ折り印刷

品川区

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

「コロナワクチンナビ」
二次元コード

※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。

3 予約して、ワクチンを受ける

「接種予約フォーム」
二次元コード

①コールセンターでの予約

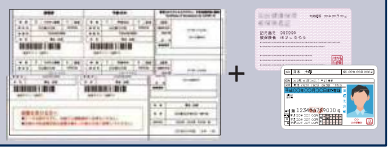
品川区新型コロナウイルスワクチン接種コールセンター
電話　０３－６６３３－２４３３
FAX　０３－６６８４－４８４５

②Web予約

品川区コロナウイルスワクチン
接種予約フォーム
https://www.city.shinagawa.tokyo.jp/covid-19-yoyaku.html

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（事前にご記入の上、お持ちください）**
- **本人確認書類（運転免許証、マイナンバーカード、 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が、そのなかでさらに時期を分けることもあります。

◎ 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（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
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（BMI ３０以上）を満たす肥満の方

※BMI = 体重（kg）÷ 身長（m）÷ 身長（m）
※BMI３０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 ➡ 医療機関や施設でご相談ください。
・基礎疾患で治療中の医療機関でワクチンを受ける方 ➡ 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。

◎ 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

厚生労働省新型コロナワクチンコールセンター

電話　0120－761770　受付時間　午前９時から午後９時　※土・日曜日、祝日を含む毎日開設

品川区新型コロナウイルスワクチン接種コールセンター

電話　03－6633－2433
FAX　03－6684－4845
受付時間　午前9時から午後５時（火曜日のみ午後７時まで）
※土・日曜日、祝日を含む毎日開設

品川区ホームページ　https://www.city.shinagawa.tokyo.jp/

「品川区ホームページ」
二次元コード

品川区新型コロナウイルスワクチン接種　予約方法のご案内

品川区コロナウイルスワクチン接種　web予約ページ
https://www.city.shinagawa.tokyo.jp/covid-19-yoyaku.html

案内に沿って、画面をお進みください。

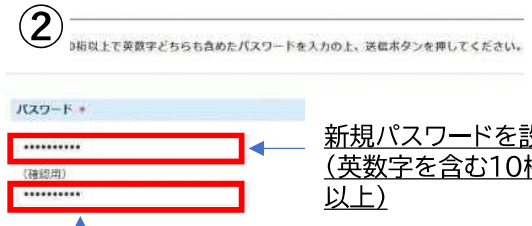
①

接種券に記載の**予約番号**(数字16桁/宛名右横に記載)を入力

ご自身の**生年月日**(数字8桁)を入力
例:1985年1月31日生まれの方　19850131

ID・パスワード入力後、「ログイン」ボタンを押す

②



新規パスワードを設定(英数字を含む10桁以上)

「確認用」にも上記と同じ内容を入力

「送信」を押す

③

「詳細情報・ワクチン接種予約」を押す

④

「予約」を押す

⑤

「施設選択」を押す

⑥

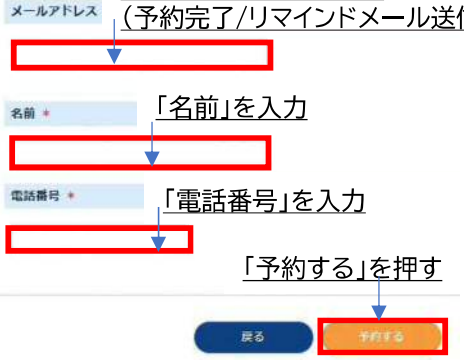
ご希望の「施設名・住所」もしくは「年月日」を入力・選択
※2回目予約時、年月日開始日は自動設定

「検索」を押す

⑦

施設・年月日・時刻を確認し、希望枠の「施設名」を押す

⑧



「メールアドレス」を入力
(予約完了/リマインドメール送信用)

「名前」を入力

「電話番号」を入力

「予約する」を押す

⑧

「はい」を押す
（予約確定）

⑨

予約内容は「登録情報」を押して確認可能

※ご予約をキャンセルする場合

①

「登録情報」を押す

「キャンセル」を押す

②

「キャンセルする」を押す

「はい」を押す
（キャンセル確定）

よくある質問

Q.1 予約を変更したい場合

予約を変更したい場合は、一度予約をキャンセルして再度、予約を取り直してください。

Q.2 パスワードを忘れた場合

パスワードを忘れた場合はログイン画面に表示される「パスワードをお忘れの方はこちら」から再発行が可能です。

Q.3 2回目の接種の予約日

1回目の接種完了日から、間隔を20日あけてください。3週間後の同じ曜日以降に2回目の接種予約が可能です。

注意事項

- 予約完了メールおよびリマインドメールは「jtb.com」のドメイン名から届きます。
  迷惑メールの設定解除をお願いします。

＜システム推奨環境＞
Windows10,macOS : chrome
iOS : safari
Android : chrome
※WindowsでInternet Explorerをご利用のユーザー様は、
他推奨ブラウザにてご利用下さい。

予約についてご不明な点がございましたら、
品川区新型コロナウイルスワクチン接種コールセンター
電話　03-6633-2433
FAX　03-6684-4845　までご連絡ください。

ファイザー社製

新型コロナワクチン予防接種についての説明書

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） ✧ 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。

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）	□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）	□はい	□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。	□はい	□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。	□はい	□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。 □医療従事者等　□65歳以上　□60～64歳　□高齢者施設等の従事者 □基礎疾患を有する（病名:　）	□はい	□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：□心臓病　□腎臓病　□肝臓病　□血液疾患　□血が止まりにくい病気　□免疫不全 □その他（　） 治療内容：□血をサラサラにする薬（　）□その他（　）	□はい	□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。	□はい	□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（　）	□はい	□いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。　症状（　）	□はい	□いいえ	
けいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか。	□はい	□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（　）	□はい	□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（　）	□はい	□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。	□はい	□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（　）	□はい	□いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	□はい	□いいえ	

見本

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の接種は（□可能・□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	□.□ 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 2□2□年□□月□□日

3枚複写封入