

# 50歳～64歳までの方を対象に 新型コロナウイルスワクチン集団接種を実施します。

## (1) ワクチンの接種方法

- 使用するワクチン ファイザー社製
  - 接種回数 1人2回（2回目は3週間後）
  - 接種方法 1回0.3mlを合計2回（筋肉注射）
- ※ 発症予防効果は約95%と報告されています。  
※ 十分な免疫ができるのは、2回目の接種を受けてから7日程度以降とされています。

## (2) 集団接種会場

### 浅川町保健センター

※ 駐車場は保健センター駐車場またはJT跡地駐車場をご利用ください。

## (3) 接種日程（いずれの日程も30分単位での受付になります。）

2回目については、希望する1回目の日時の3週間後となります。

**1回目と2回目の両日の都合をよくご確認のうえ、No.1からNo.5までの日時を選択し、予約をしてください。**

**時間については、30分単位で選択できますが、1回目と2回目が同じ時間となります。**

No.	1回目	2回目	時間
1	8月4日(水)	8月25日(水)	13:30 ~ 18:00
2	8月5日(木)	8月26日(木)	13:30 ~ 18:00
3	8月6日(金)	8月27日(金)	13:30 ~ 18:00
4	8月7日(土)	8月28日(土)	13:00 ~ 17:00
5	8月8日(日)	8月29日(日)	13:00 ~ 17:00

※ 時間は30分単位で選択できます。

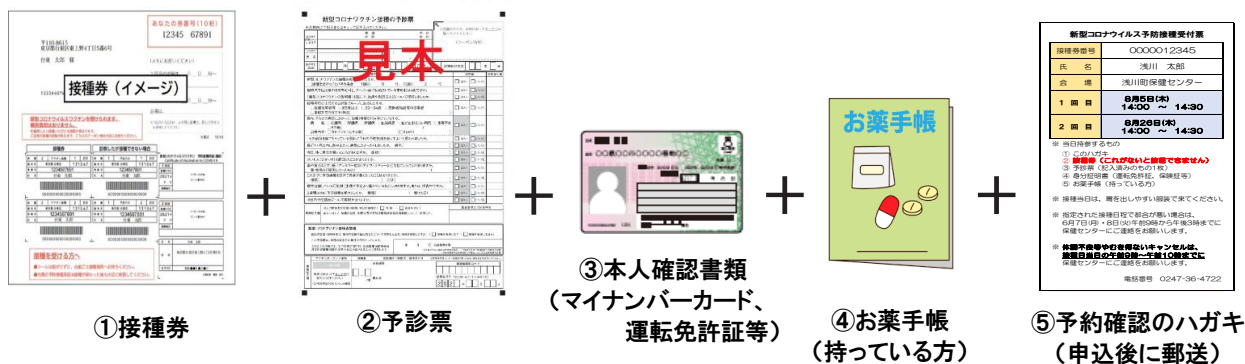
例 「No.2」を選択し、時間を「15:00～15:30」で予約した場合

1回目接種 8月 5日 (木) 15:00～15:30

2回目接種 8月26日 (木) 15:00～15:30 となります。

## (4) 当日の持ち物 <必ずご持参ください>

- ① 接種券
  - ② 予診票
  - ③ 本人確認書類 (マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証など)
  - ④ お薬手帳 (持っている方)
  - ⑤ 予約確認のハガキ (申し込み後に郵送します)
- (このお知らせに同封されています)



## (5) 予約の方法

接種予約の際には接種券に記載されている「券番号」が必要となります。  
あらかじめご準備ください。

①WEB予約システム <https://jump.mrso.jp/075043/>

7月15日(木) 午前9時00分から受付開始 7月23日(金) まで



QRコード



②予約専用センター (通話無料) : 0120-501-530

7月15日(木) ~ 7月21日(水) 午前9時00分~午後5時00分

※土日・祝日を除く。期間厳守でお願いします。

回線が混み合うことが予想されますので、つながりにくい場合や相談等は  
保健センターにおかけください。

電話 : 0247-36-4722

国からのワクチン流通状況により、やむを得ず日程が変更になる場合があります。

# 新型コロナウイルスワクチン接種の注意事項



## (1) 予防接種を受けることができない方

- ①明らかに発熱している方（目安としては通常37.5℃以上）
- ②重い急性疾患にかかっている方
- ③上記以外で予防接種を受けることが不適當な状態にある方

## (2) 予防接種を受けるにあたり注意が必要な方 <かかりつけ医に接種の確認>

- ①抗凝固療法を受けている方、血小板減少症または凝固障害のある方
- ②過去に免疫不全の診断を受けた方、近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
- ③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方
- ④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方
- ⑤過去にけいれんを起こしたことがある方
- ⑥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方






**※当日は、脱ぎ着がしやすく、肩を出しやすい服装でお越しください。**

## (3) 接種後の注意

- ①接種の前後は、しっかりと水分補給をしましょう。
- ②ワクチンを接種した日に入浴しても構いません。ただし、接種したところはこすったり、掻いたりしないでください。
- ③ワクチンを受けた当日や翌日は、激しい運動や過度の飲酒などは控えましょう。
- ④筋肉内に注射することから、接種後はもまずに3～5分程度圧迫し、出血傾向のある方は5～10分程度接種部位を圧迫しアイスパック等で局所を冷やすと出血が抑えられます。

## (4) 接種後の副反応

このワクチンは筋肉内注射のため、10%の方に痛みや腫れなどの軽い副反応は現れますが、通常、数日以内に治ります。必要な場合は解熱鎮痛剤を服用するなどして様子を見てください。

症状					
	痛み 腫れ	下痢	筋肉痛 関節痛	頭痛	寒気 発熱
時期	接種当日	接種翌日			
期間	約2日	約1日			

【お問合せ先 浅川町保健センター 電話0247-36-4722】

# 記入例

事前に鉛筆かボールペンでご記入し、接種券と一緒に  
ご持参ください。 ※    太い枠内を記入

## 新型コロナウイルス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。

住民票に記載されている住所	福島 都道府県 石川郡浅川 市区町村	
大字	〇〇〇 字	〇〇〇 番地
フリガナ	アサカワ ハナコ	電話番号 ( )
氏名	浅川 花子	電話番号 -

✗ ここには何も貼らないでください。  
貼り付けてください

会場での測定値を記入

生年月日 (西暦)	19 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。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
日、2回目: 月 日) ている市町村は同じですか。	<input checked="" 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 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 type="checkbox"/> 65歳以上 <input checked="" 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 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 checked="" type="checkbox"/> その他( <b>高血圧 糖尿病</b> )	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬( ) <input type="checkbox"/> その他( )		
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 checked="" 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 checked="" 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 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	
	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	

接種券の生年月日(西暦)を記入

希望の有無と氏名を記載してきてください。

医師記入欄	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)	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 **浅川 花子**

(※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)

- 体温測定は会場でも行いますが、接種を受ける前に、**自宅でも体温測定**をお願いします。
- 接種当日、体調に不安がある場合は、まずは電話で保健センターにお問い合わせください。
- 1回目を集団接種で実施した場合は、2回目も集団接種で実施するようになります。
- 2週間以内に違う予防接種を受けた場合は、接種できません。
- 職域接種や個別接種等で受ける場合は、予診票を新たにもらい提出してください。