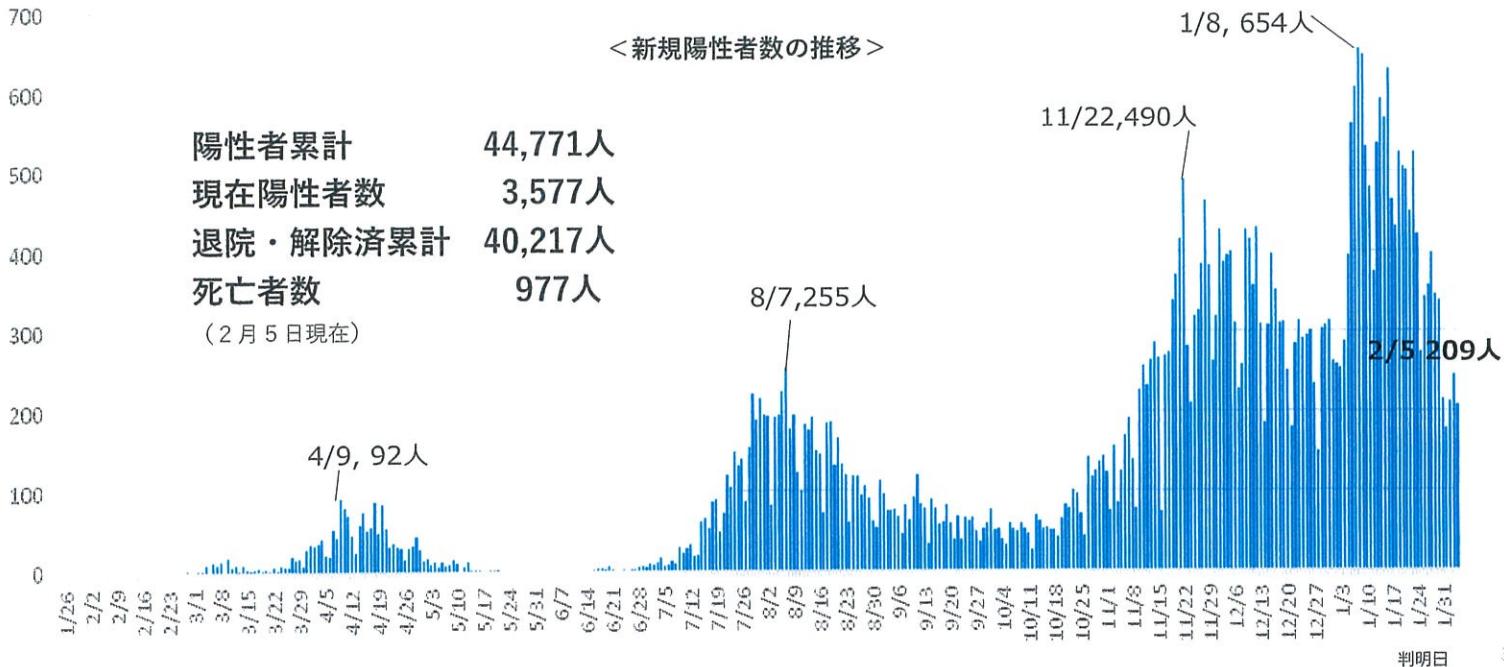


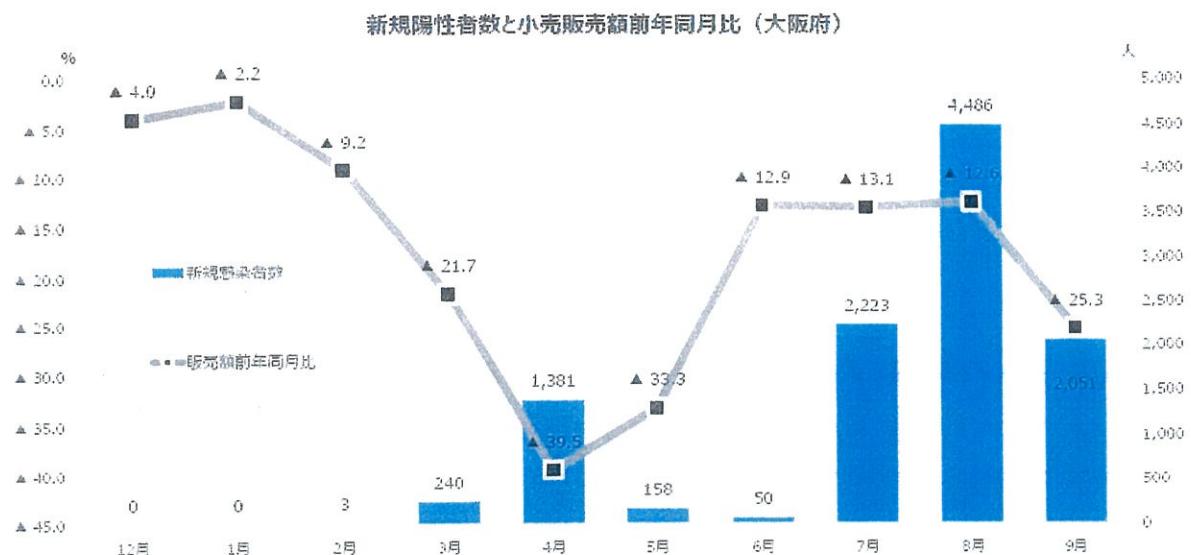
## 陽性者数の推移

◆ 令和2年1月29日の府内初患者の発生以降、府内において約4.5万人の患者が発生。  
特に昨年10月以降の第3波においては大きな感染拡大となっている。



### 新規陽性者数と小売販売額（大阪）

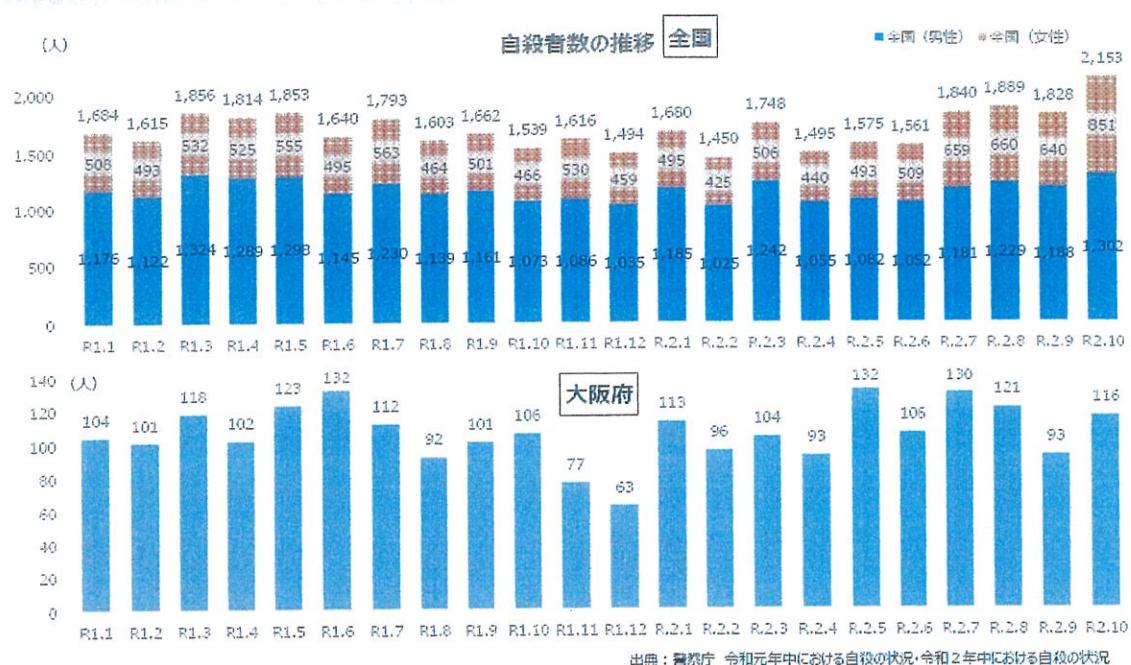
● 大阪におけるコロナの新規陽性者数と小売り販売額についてみると、緊急事態措置を強化していた4月、5月の販売額が大きく落ち込んでいる。



出典：経済産業省『商業動態統計』

## 自殺者数（全国、大阪府）

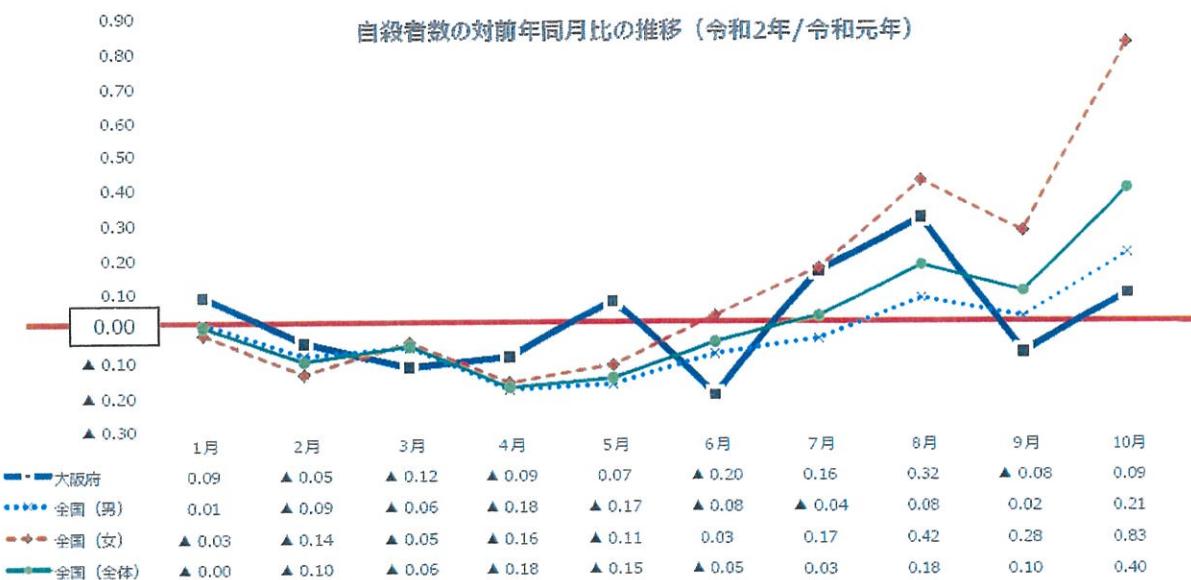
- 全国の自殺者数については、夏ごろから増加傾向。



第28回大阪府新型コロナウイルス対策本部会議資料より

## 自殺者数

- 全国の自殺者数のうち、特に女性については、7月以降増加。
- 大阪府においても、今後の動向を注視する必要。



第28回大阪府新型コロナウイルス対策本部会議資料より

健康・医療

## 新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボードの資料等

「新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード」は、新型コロナウイルス感染症対策を円滑に推進するに当たって必要となる、医療・公衆衛生分野の専門的・技術的な事項について、厚生労働省に対し必要な助言等を行うものです。

### 第24回新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード（令和3年2月18日）

第24回新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボードが令和3年2月18日に開催されました。

議事次第

配付資料

### 高齢者施設における検査の実施について

資料 6 ①

#### 新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針(抄)(令和3年2月2日変更、新型コロナウイルス感染症対策本部決定)

- 特定都道府県に対し、感染多数地域における高齢者施設の従事者等の検査の集中的実施計画を策定し、令和3年3月までを目途に実施するとともに、その後も地域の感染状況に応じ定期的に実施するよう求める。

※ 特定都道府県とは、緊急事態措置区域である10都府県（埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、岐阜県、愛知県、京都府、大阪府、兵庫県及び福岡県）。

#### 計画の策定状況(2月17日時点)

- 10都府県全てで計画策定済み（39自治体）  
なお、保健所設置市又は特別区の分も含めて、都府県で1つの計画として取りまとめている場合がある。

##### 【対象地域】

→ 多くの都府県等で、その全域を対象としている。（千葉県は感染多数地域、岐阜県は岐阜市を対象）

##### 【対象施設】

→ 高齢者施設に加え、障害者施設や医療機関などを対象としている計画が35、高齢者施設のみを対象としている計画が4。  
最大28,289カ所（うち高齢者施設等21,627カ所）が対象。

##### 【対象者】

→ 全ての計画で従事者を対象としており、このうち従事者に加え新規入所者等を対象とした計画が6。

#### 検査の実施

- ・ 集中的実施計画に基づき、3月中までを目途に検査を実施。
- ・ その後も地域の感染状況に応じ必要と認められる場合は引き続き定期的に検査を実施。

**集中的実施計画**

団体種別	団体名称	対象地域	対象施設種別	対象者	検査方法	計画期間	対象施設数（予定）	
							うち高齢者施設	
都道府県	大阪府	府全域 (保健所設置市を除く)	高齢者入所施設(介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、介護事業所、認知症対応型共同生活介護事業所、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅)（いずれも併設施所サービス・短期入所サービス併用所を含む）及び障がい者入所施設（障がい者支援施設、共同生活援助事業所、宿泊型自立訓練事業所、療養介護事業所（いずれも併設通所サービス・短期入所サービス事業所を含む）・救護施設	施設従事者（常勤・非常勤を問わず）	PCR検査	令和3年2月下旬～3月末日	約1,450	約1,100
政令市	大阪市	市全域	特別養護老人ホーム、地域密着型特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、認知症対応型共同生活介護事業所、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅	施設従事者※ ※常勤・非常勤・介護職員・事務職員等を問わず、対象施設で勤務するすべての者（対象施設で、調理や清掃を行う受託業者の者を含む）	PCR検査	令和3年2月1日～3月31日	275	244
政令市	堺市	市全域	高齢者入所施設： 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、認知症対応型共同生活介護事業所、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅  障害者入所施設： 障害者支援施設、共同生活援助事業所、療養介護事業所、宿泊型自立訓練事業所、福祉ホーム  保護施設：救護施設	施設従事者	PCR検査 (検体プール検査法)	令和3年2月下旬～3月末日	445	356
中核市	東大阪市	市全域	高齢者入所施設及び障害者入所施設・救護施設 (グループホーム及び施設併設の通所サービスを含む)	施設従事者	PCR検査	令和3年3月上旬～3月末日	400	300
中核市	高槻市	市全域	高齢者入所施設、障がい者入所施設及び救護施設	施設従事者	抗原定性検査	令和3年2月下旬～3月31日	約140	約115
中核市	豊中市	市全域	高齢者入所施設及び障がい者入所施設	施設従事者	PCR検査	令和3年3月上旬～3月下旬	214	142
中核市	枚方市	市全域	・特別養護老人ホーム・地域密着型特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・特定施設入居者生活介護事業所・住宅型有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅・軽費老人ホーム・養護老人ホーム・認知症対応型共同生活介護事業所・障害者支援施設	施設従事者	PCR検査	令和3年2月下旬～3月31日	168	165
中核市	八尾市	市全域	高齢者入所施設及び障がい者入所支援施設	施設従事者	抗原定量検査	令和3年2月下旬～3月末日	75	73
中核市	寝屋川市	市全域	特別養護老人ホーム・障害者入所施設、障害児入所施設	施設従事者	PCR検査	令和3年2月1日～3月31日	21	19
中核市	吹田市	市全域	高齢者入所施設及び障がい者入所施設	施設従事者	PCR検査	令和3年2月下旬～3月31日	118	90

# 新型コロナウイルス感染症に係る臨時の予防接種実施要領

## 第1 総論

予防接種台帳、対象者への周知、接種の場所、予防接種実施計画、対象者の確認、副反応等に関する説明及び同意、医療機関以外で接種を行う場合の注意事項等については「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施に関する手引き」本文においてその取り扱いを記載しており、参照の上、新型コロナウイルス感染症に係る臨時の予防接種（以下「本予防接種」という。）の実施に遺漏のないよう適切に対応すること。

## 第2 本予防接種の実施

### 1 基本的事項

#### (1) 対象者

市町村長は、当該市町村に居住する 16 歳以上の者に対して、本予防接種を実施すること。

なお、戸籍及び住民票に記載のない 16 歳以上の者のうち、当該市町村に居住していることが明らかなもの及びこれに準ずるものについても対象者に含まれること。

また、「16 歳以上」については、誕生日の前日（24 時）に 1 歳年をとると考えるため、例えば、平成 17 年（2005 年）7 月 30 日生まれの者は令和 3 年（2021 年）7 月 29 日に 16 歳以上となり本予防接種の対象者となるものであること（参考：令和 2 年 2 月 4 日厚生労働省健康局健康課予防接種室事務連絡「定期の予防接種における対象者の解釈について（事務連絡）」）。

#### (2) 実施期間

本予防接種は令和 3 年 2 月 17 日から令和 4 年 2 月 28 日までの間において行うものであること。

なお、重症化リスクの大きさ、医療提供体制の確保等を踏まえ、まずは医療従事者等への接種、次に高齢者、その次に高齢者以外で基礎疾患有する者、高齢者施設等の従事者への接種をできるようにし、その後、それ以外の者に対し、ワクチンの供給量等を踏まえ順次接種をできるようすること。

#### (3) 接種を受ける努力義務の取扱いについて

本予防接種については、予防接種法（昭和 23 年法律第 68 号。以下「法」という。）附則第 7 条第 2 項の規定により同法第 6 条第 1 項の臨時接種とみなして実施するものであり、市町村長は対象者に対して接種勧奨をすることとされていること。

また、対象者については原則として接種を受ける努力義務の規定が適用されるが、妊娠中の者については使用実績が限定的であること等を踏まえ、努力義務の規定の適用が除外されていること。

なお、予診の際は、本予防接種の有効性・安全性、本予防接種後の通常起こりうる副反応及びまれに生じる重い副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、対象

者又はその保護者がその内容を理解し得るよう適切な説明を行い、本予防接種の実施に関して文書により同意を得た場合に限り接種を行うものとすること。

#### (4) 予防接種不適当者及び予防接種要注意者について

##### ①予防接種不適当者

予診の結果、異常が認められ、以下の接種不適当者に該当する疑いのある者と判断される者に対しては、当日は接種を行わず、必要があるときは、精密検査を受けるよう指示すること。

- (ア) 新型コロナウイルス感染症に係る他の予防接種を受けたことのある者で本予防接種を行う必要がないと認められるもの
  - (イ) 明らかな発熱を呈している者
  - (ウ) 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな者
  - (エ) 本予防接種の接種液の成分によってアナフィラキシーを呈したことがあることが明らかな者
- (オ) 上記に該当する者のほか、予防接種を行うことが不適当な状態にある者

##### ②予防接種要注意者

本予防接種の判断を行うに際して注意を要する以下の者については、被接種者の健康状態及び体質を勘案し、慎重に予防接種の適否を判断するとともに、説明に基づく同意を確実に得ること。また、接種を行うことができるか否か疑義がある場合は、慎重な判断を行うため、予防接種に関する相談に応じ、専門性の高い医療機関を紹介する等の対応をとること。なお、基礎疾患有する者等については十分な予診を行い、基礎疾患の状況が悪化している場合や全身状態が悪い者等については、接種の延期も含め、特に慎重に予防接種の適否を判断する必要があること。

- (ア) 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障害等の基礎疾患有する者
  - (イ) 予防接種で接種後2日以内に発熱のみられた者及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある者
  - (ウ) 過去にけいれんの既往のある者
  - (エ) 過去に免疫不全の診断がされている者及び近親者に先天性免疫不全症の者がいる者
  - (オ) 接種しようとする接種液の成分に対してアレルギーを呈するおそれのある者
  - (カ) バイアルのゴム栓に乾燥天然ゴム（ラテックス）が含まれている製剤を使用する際の、ラテックス過敏症のある者

#### (5) 接種液の貯蔵・使用

接種液の貯蔵は、生物学的製剤基準の定めるところによるほか、所定の温度が保たれていることを温度計によって確認できる冷凍庫、冷蔵庫等を使用する方法によること。

接種液の使用に当たっては、標示された接種液の種類、有効期限内であること及び

異常な混濁、着色、異物の混入その他の異常がない旨を確認すること。

#### (6) 接種時の注意

- ① 予防接種を行うに当たっては、次に掲げる事項を遵守すること。
  - (ア) 予防接種に従事する者は、手指を消毒すること。
  - (イ) ワクチンによって、凍結・再凍結させないこと、溶解は接種の一定時間前に行い一度溶解したものは直ちに使用すること、溶解の前後にかかわらず光が当たらないよう注意することなどの留意事項があるので、それぞれ添付文書を確認の上、適切に使用すること。
  - (ウ) 接種液の使用に当たっては、有効期限内のものを均質にして使用すること。
  - (エ) バイアル入りの接種液は、栓及びその周囲をアルコール消毒した後、栓を取り外さないで吸引すること。
  - (オ) 接種液が入っているアンプルを開口するときは、開口する部分をあらかじめアルコール消毒すること。
  - (カ) 接種用具等の消毒は、適切に行うこと。
- ② 被接種者及び保護者に対して、次に掲げる事項を要請すること。
  - (ア) 接種後は、接種部位を清潔に保ち、接種当日は過激な運動を避けるよう注意し、又は注意させること。
  - (イ) 接種後、接種局所の異常反応や体調の変化を訴える場合は、速やかに医師の診察を受け、又は受けさせること。
  - (ウ) 被接種者又は保護者は、(イ)の場合において、被接種者が医師の診察を受けたときは、速やかに当該予防接種を行った市町村（特別区を含む。以下同じ。）の担当部局に連絡すること。
- ③ 女性に対する接種の注意事項  
妊娠中又は妊娠している可能性がある場合には本予防接種の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ接種すること。

#### (7) 接種費用の不徴収

本予防接種は、法第 28 条の規定による実費の徴収の対象外となっており、接種に要する費用は被接種者又はその保護者から徴収することができないこと。

#### (8) 副反応疑い報告

法の規定による副反応疑い報告については「定期の予防接種等による副反応疑いの報告等の取扱いについて」（平成 25 年 3 月 30 日付け健発 0330 第 3 号・薬食発 0330 第 1 号厚生労働省健康局長・医薬食品局長連名通知）を参照すること。

## 2 各論

### (1) コロナウイルス修飾ウリジン RNA ワクチン (SARS-CoV-2) (ファイザ

一株式会社が令和3年2月14日に医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性に関する法律第14条の承認を受けたものに限る。以下「ファイザー社コロナウイルス修飾ウリジンRNAワクチン（SARS-CoV-2）」という。）

ファイザー社コロナウイルス修飾ウリジンRNAワクチン（SARS-CoV-2）の接種は、以下の方法により行うこととすること。

なお、1（4）②予防接種要注意者の（ア）に関し、抗凝固療法を受けている者、血小板減少症又は凝固障害を有する者については、接種後に出血又は挫傷があらわれることがあり、接種要注意者に該当すること。

#### ①接種量等

1.8ミリリットルの生理食塩液で希釈したファイザー社コロナウイルス修飾ウリジンRNAワクチン（SARS-CoV-2）を2回筋肉内に注射するものとし、接種量は、毎回0.3ミリリットルとすること。

ファイザー社コロナウイルス修飾ウリジンRNAワクチン（SARS-CoV-2）と他の新型コロナウイルスワクチンの互換性に関する安全性、免疫原性及び有効性に関するデータはないことから、同一の者には、同一のワクチンを使用すること。

#### ②接種間隔

18日以上の間隔をおいて、標準的には20日の間隔をおいて2回接種することとし、1回目の接種から間隔が20日を超えた場合はできるだけ速やかに2回目の接種を実施すること。

前後に他の予防接種を行う場合においては、原則として13日以上の間隔をおくこととし、他の予防接種を同時に同一の接種対象者に対して行わないこと。

#### ③接種箇所

通常、三角筋に筋肉内接種すること。静脈内、皮内、皮下への接種は行わないこと。

#### ④接種後の経過観察

接種後にアナフィラキシーを呈することがあるため、接種後少なくとも15分間は被接種者の状態を観察する必要があること。また、過去にアナフィラキシーを含む重いアレルギー症状を引き起こしたことがある者については、接種後30分程度、状態の観察をする必要があること。

接種後に血管迷走神経反射として失神があらわれることがあるため、過去に採血等で気分が悪くなったり、失神等を起こしたことがある者については、接種後30分程度、体重を預けられるような場所で座らせるなどした上で、なるべく立ち上がりないように指導し、被接種者の状態を観察する必要があること。なお、予診の結果等から血管迷走神経反射による失神が生じる可能性が高いと考えられる者については、ベッド等に横たわらせて接種するといった予防策も考えられること。

## 2. 接種運営 パート2：接種日の動き

### 2-6. 接種（1/3）

- ・被接種者の方に対して、予診票を用いて問診等を実施し、接種の意思の有無を確認してください

#### 手順

#### イメージ

1. 予診票が適切に記入されていることを確認し、予診票を用いて問診・診察を行い  
健康状態が正常であることを確認してください



2. 予診票の「医師記入欄」に接種可否・署名等を記入してください



3. 被接種者の方に、接種の意思の有無を確認し、予診票の「新型コロナワクチン接種希望書」に接種同意の署名等をご記入頂いてください

新型コロナウイルスワクチン接種希望書（医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。）

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、接種します。（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、本予診票が市區町村、国民健康保険中央  
健康保険団体連合会に提出されることに同意します。

サンプル

年 月 日 被接種者㊞

※自署できない者は代筆者㊞と署名し、代筆者姓名及び被接種者との関係を記載

上記の一連の動作は、「ファイザー新型コロナウイルスワクチン医療従事者専用サイト」にて動画で視聴いただけます。  
(ホーム->ワクチンの取り扱い->ワクチンの取り扱い動画を参照ください)

掲載内容は2021年1月時点の情報です 11

## 2. 接種運営 パート2：接種日の動き

### 2-6. 接種（2/3）

- ・被接種者の同意（署名）と医師の署名を確認した上で、上腕の三角筋に接種してください

#### 手順

#### イメージ

5. 被接種者の体位を整えてください

※接種部位を露わにし、肘を外側に  
張り出してください



6. 接種部位（上腕の三角筋）をアルコール綿で消毒してください



7. 上腕の三角筋に筋肉内接種してください

※筋肉内接種の詳しい手技については別途動画による解説資料を準備いたします



8. 被接種者に声かけし、しびれ感や、激しい痛みがないかを確認してください



上記の一連の動作は、「ファイザー新型コロナウイルスワクチン医療従事者専用サイト」にて動画で視聴いただけます。  
(ホーム->ワクチンの取り扱い->ワクチンの取り扱い動画を参照ください)

掲載内容は2021年1月時点の情報です 12

## 2. 接種運営 パート2：接種日の動き

### 2-6. 接種（3/3）

- ・接種後は、被接種者の方に各種案内をしてください
- ・15～30分程度は、接種を受けた施設で待機して頂いてください

#### 手順

9. 接種シールを予防接種済証と予診票に貼り付けて、予防接種済証と予診票（本人控え）を被接種者の方にお渡ししてください

#### イメージ



#### 10. 被接種者に対して、接種後の案内をしてください

（未成年者の場合、保護者の方にもご案内ください）

- ・接種後15～30分程度は接種を受けた施設等で待機すること  
※待機時間を利用して、予防接種済証のQRコードをスマートフォンのカメラで読み取ることで、被接種者向けサイトにアクセスしたり、接種記録を残したりすることができます
- ・いつもと違う体調の変化や異常があれば、すぐに申し出ること
- ・注射した部分は清潔に保つこと
- ・接種当日の入浴は差支えないが、その際には注射した部分はこすらないこと
- ・当日の激しい運動は控えることなど



上記の一連の動作は、「ファイザー新型コロナワクチン医療従事者専用サイト」にて動画で視聴いただけます。掲載内容は2021年1月時点の情報です  
(ホーム->ワクチンの取り扱い->ワクチンの取り扱い動画を参照ください)

## 2. 接種運営 パート3：接種後の対応

### 2-7. バイアルや 注射針/シリソ等の廃棄

バイアルや注射針/シリソ等は、各医療機関のルールに従って廃棄してください

- ・バイアル
- ・生理食塩液
- ・接種用注射針/シリソ
- ・希釀用注射針/シリソ
- ・アルコール綿・手袋・マスク

※配送箱は返却が必要ですので、廃棄しないでください



### 2-8. 不要になった ドライアイスの廃棄

換気の十分な場所で配送箱を開け、室温で置き、ドライアイスを昇華（気化）させてください

※密閉された空間や冷蔵庫などに放置したままにしないでください

※下水やトイレに流したり、ゴミ箱に捨てたりしないでください



### 2-9. 配送箱の返却

配送箱に記載されている配送業者の連絡先に電話し、配送箱の返却を依頼してください

※配送箱は使用後すぐに返却してください  
遅くともワクチン受け取りから20日以内に返却してください

配送業者が取りに来たら、配送箱を渡し、送り状の控えを受け取ってください



※ 配送箱の実際のイメージは上記と異なる場合があります

掲載内容は2021年1月時点の情報です 14

# 新型コロナワクチン予防接種についての説明書

ファイザー社製

## 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0.3mL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	◆ 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-ヘキシリデカン酸エステル) ◆ 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。



# 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。

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		電話番号	( ) —	
氏名				
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

※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)

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( )	<input 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( )	<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)	

<b>新型コロナワクチン接種希望書</b>	
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。( <input type="checkbox"/> 接種を希望します · <input type="checkbox"/> 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 <small>(※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競争を記載)            (※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)</small>	

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	<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
	※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください (注)有効期限が切れてないか確認			202□ 年 □□月 □□日