

65歳以上(昭和32年4月1日以前生まれ)の町民の皆さんへ

新型コロナワクチン接種のご案内

接種は無料

全額公費

【接種を受ける際の同意】

接種を受けられる方には、予防接種による感染予防の効果と副反応のリスク双方について理解した上で、自らの意思で接種を受けていただきます。なお、ワクチンの接種は強制ではありません。

接種予約や接種会場・接種券などのお問い合わせ

ときがわ町新型コロナワクチン接種センター

☎ : 0493 - 81 - 6551

受付時間	9時～12時・13時～16時（土日・祝日除く）
開設	令和3年5月12日（水）～
予約開始	令和3年5月17日（月）～

△直接、役場・保健センターへお越し頂いても予約はできません

コロナワクチンの医学的・専門的な相談

埼玉県 新型コロナワクチン専門相談窓口

☎ : 0570 - 033 - 226

受付時間 24時間（土日・祝日も受付）

新型コロナワクチンの有効性・安全性などの詳しい情報は、首相官邸ホームページをご覧ください。

官邸 コロナ ワクチン

検索



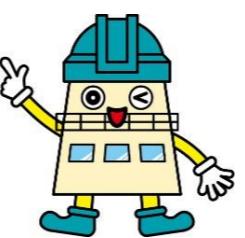
今までに報告された新型コロナワクチンの副反応疑い報告についての情報は、厚生労働省のホームページから確認できます。

新型コロナワクチンの副反応疑い報告について→

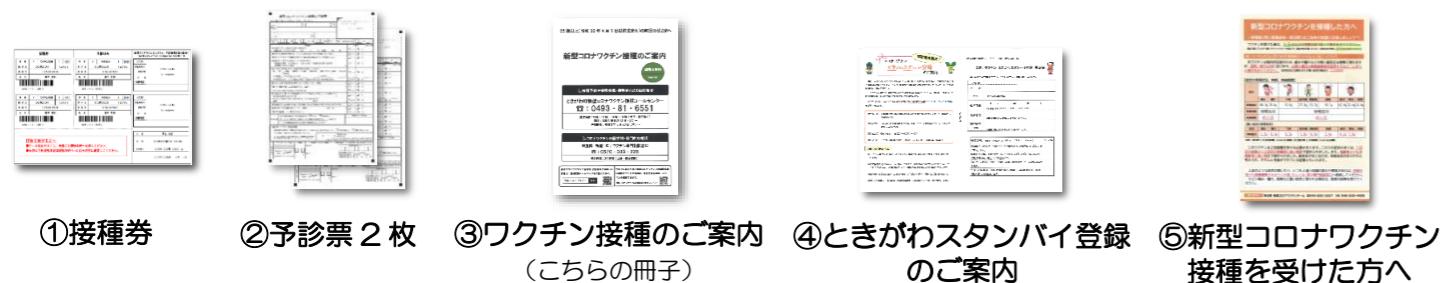


1 ワクチン接種の手順

高齢者（昭和32年4月1日以前に生まれた方）を対象としたワクチン接種がはじまります。接種を希望される方は、こちらを参考に予約の準備をすすめてください。



今回お配りした大切な書類



ワクチン接種ができない方・注意が必要な方

接種ができない方	●明らかな発熱がある方や、重い急性疾患にかかっている方 ●ワクチンの成分に対し、重度の過敏症を起こしたことがある方など
接種に注意が必要な方	●心臓、腎臓、肝臓、血液疾患など基礎疾患のある方 ●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アレルギーが疑われる症状がでた方 など

※詳しくは、「新型コロナワクチン予防接種についての説明書」(5ページ)に記載されています。
大切なお知らせですので、すべての方が必ず事前にお読みください。
かかりつけ医にご相談し、接種に不安がある方は集団会場ではなく病院での接種をお勧めします。

予約をするときのポイント

- 新型コロナワクチンの接種回数は2回です。
予約は1回目と2回目（3週間後の同じ曜日）を同時に取りいただきます。
- 予約がとれたら「コールセンター予約票」(7ページ)に、接種日を記入しましょう。
- 原則として、予約日時の変更及びキャンセルはできませんのでご注意ください。
(ワクチンを無駄にしないために、ご協力をお願いします。)

予約の手順

1 接種が心配な方はかかりつけ医に相談

「予防接種を受けるにあたり注意が必要な人」(5ページ)を参考にしてください。また、ワクチン接種に不安がある方は、事前にかかりつけ医にご相談の上、接種の予約をしてください。



※接種当日の予診は実施しますが、事前に意思決定の準備をお願いします。

2 「コールセンター予約票」を開いて希望日を予約 (7ページ)

接種の予約

伝えること
予約の際に

- ①氏名
- ②生年月日
- ③住所
- ④電話番号
- ⑤接種券番号
- ⑥希望日時・場所



接種ができる会場

9ページをご参照ください

※接種会場によって予約先が異なります。ご注意ください。

ときがわ町 新型コロナワクチン接種コールセンター

☎ : 0493 - 81 - 6551

※通話料は本人負担となります

開設	令和3年5月12日（水）～（※予約開始は5月17日（月）～）
受付	月～金曜日（祝日を除く） 9時～12時・13時～16時

②ワクチン接種当日

新型コロナウイルス感染防止対策のため、受付時間を分けてあります。混雑を避けるため、予約時間前に接種会場に入ることはできません。予約時間前にお越しの場合は、会場の外でお待ちいただくことがあります。



① 当日必ず持ってくるもの

※お持ちいただかないとワクチン接種ができません。



接种券



予診票

(当日記入したもの)

参考にご記入ください
11ページの記入例を



身分証明書

(健康保険証を必ずお持ちください)



お薬手帳

(服薬中の方)

接種は2回です。接種券は大切に保管してください

!
接種券を予診票に貼りつけたり切り離したりせずに
そのまま接種会場にお持ちください。

② 接種当日の注意事項

□に✓チェックしましょう

□ 接種前にご自宅で体温を測定しましょう。

明らかな発熱(37.5℃以上)がある場合や体調が悪い場合などは、接種を受ける予定の接種会場に連絡し、接種を控えましょう。

□ 肩に近い上腕に接種するので、上着の下に半袖シャツを着るなどし、肩を出しやすい服装でお越しください。

□ 必ずマスクを着用してお越しください。

□ 接種券、予診票、健康保険証、お薬手帳を忘れずにご持参ください。
(集団接種会場にお越しの方は、室内履きをご持参ください。)



③ ワクチン接種後は、15分以上会場で座って様子を見てください。

※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、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方は、30分ほどお待ちください。

お待ちの間も感染対策をお願いします。(マスクをする・人と距離をとる・会話を控える)

接種後に起こるかもしれない症状

ワクチン接種直後から、時には5分以内、通常30分以内に以下の症状が現れた場合、ショック、アナフィラキシーの疑いがあります。



●腹痛、吐き気



●視覚の異常



●皮膚のかゆみ
●じんま疹



●息苦しさ
●声のかすれ



●蒼白
●意識混濁

このような症状がみられた場合には

ただちに、接種会場のスタッフに伝えてください

接種後に気を付けること

●激しい運動は避けてください。

●接種部位は清潔に保ちましょう。接種当日の入浴は問題ありませんが、注射した部位は強くこすらないようにしましょう。

※副反応については同封した「新型コロナワクチンの接種を受けた方へ」を参考にしてください。



④ 家に帰ったあと…

上記のような症状が続いたり、いつもと違う体調の変化や異常がある場合は、接種を受けた医療機関やかかりつけ医、もしくは埼玉県コロナウイルス専門相談窓口へご相談下さい。ひどい痛み、腫れ、高熱など重い症状と思われる場合は、医師の診察を受けてください。

埼玉県コロナワクチン専門相談窓口

☎ : 0570 - 033 - 226

受付

24時間(土日・祝日も受付)

重要**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は、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
- （※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ある人
- 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。



コールセンター予約票

0493 - 81 - 6551

予約開始日	医療機関	5月17日(月)	※役場・保健センターへお越しの場合は予約できません。
集団会場		5月25日(火)	

コールセンター予約方法 2ステップ

1 予約するときに用意するもの



コロナワクチン接種券



筆記用具

予約票（このページ）

2 コールセンターに連絡する

次の5つをお伺いします

- ①氏名 ②生年月日 ③住所 ④電話番号
⑤接種券番号（※1）⑥希望日時・場所（※2）

（※1）接種券番号とは「券番号」10ケタの数字



（※2）希望日は2回目接種日（3週間後）も含まれる

あなたの予約日

コールセンターで指定された予約日時を下記にご記入ください。

改めて日時の通知はしませんのでご了承ください。

1回目 月 日（ ） 来所時間 時 分

2回目 月 日（ ） 来所時間 時 分

場 所 _____

※注意

1回目接種日の予約をキャンセルすると
2回目の予約も取り消しになります。

△予約にあたっての注意点

① 原則として、予約日時の変更はできません。

現在承認されているファイザー社の新型コロナワクチンは、ワクチンの性質上、有効期限が限られているため、貴重なワクチンを無駄にせず一人でも多くの方に接種していただけるよう考え、予約人数を確定して実施するものです。必ず、接種する意思決定をしてから予約してください。ご理解ご協力をお願いします。

② 万が一、予約日当日に体調不良でキャンセルされる場合は、直接接種会場へご連絡ください。

5月

日	月	火	水	木	金	土
9	10	11	12 コールセンター開設	13	14	15
16	17 医療機関予約開始	18	19	20	21	22
23	24	25 集団会場予約開始	26	27	28 医療機関接種開始	29
30	31					

6月

日	月	火	水	木	金	土
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11 集団会場接種開始	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

7月

日	月	火	水	木	金	土
			1	2	3	
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

8月

日	月	火	水	木	金	土
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

9月

日	月	火	水	木	金	土
		1	2	3	4	
5	6	7	8	9	10	11

ワクチン接種会場

※ワクチンの配送状況等により実施日が変更になる可能性があります。

予約申し込みの電話集中により繋がりにくい状況が続き、皆さんに大変ご迷惑をおかけすることが予想されます。今後、ワクチンは安定的に供給され、順次希望される方全員に接種できる予定ですのでご安心ください。

<u>実施医療機関</u>	所在地	予約開始	接種開始	接種可能日時						予約先	当日体調不良の場合
				月	火	水	木	金	土		
たまがわクリニック 水曜日・土曜日午後 ワクチン専門外来	ときがわ町五明 1267-1	 5/17(月)～受付 9時～12時 13時～16時 (土日・祝日除く)	 5/31(月)～ 5/28(金)～	午前・午後	午前	午前・午後	午前	午前・午後	午前・午後	コールセンター 0493-81-6551	たまがわクリニック 0493-66-0128
祓川医院	ときがわ町番匠 295			午前・午後		午前・午後	午前	午前	午前	コールセンター 0493-81-6551	祓川医院 0493-65-0043
木乃里クリニック	ときがわ町馬場 50-1			午前・午後		午前・午後	午前	午前	午前	木乃里クリニック 0493-66-0770 ※かかりつけの方を優先いたします。 ※休診日は受付できません。	
こだま医院	ときがわ町桃木 186			午前		午前	午前	午前	午前	コールセンター 0493-81-6551	こだま医院 0493-65-0147
麻見江ホスピタル	鳩山町大橋 1066			午前	午前	午前	午前	午前	午前	コールセンター 0493-81-6551	麻見江ホスピタル 049-296-1155

<u>集団会場</u>	所在地	予約開始	接種開始	接種可能日時				予約先	当日体調不良の場合
ときがわ町保健センター	ときがわ町関堀 151-1	5/25(火)～	6/11(金)～	火・金 13:15～14:30 土 13:15～16:00				コールセンター 0493-81-6551	保健センター 0493-65-1010

3週間の間隔を空けて、1人につき2回の接種が必要です。予約は1回目と2回目（3週間後の同じ曜日）を同時にお取りいただきます。
2回目の接種日も原則として変更できませんので、2日間とも都合のよい日程をご選択ください。

	第1日程	第2日程	第3日程	第4日程	第5日程	第6日程	第7日程	第8日程	第9日程
1回目接種日	6月11日 (金)	6月12日 (土)	6月15日 (火)	6月18日 (金)	6月19日 (土)	6月22日 (火)	6月25日 (金)	6月26日 (土)	6月29日 (火)
2回目接種日	7月2日 (金)	7月3日 (土)	7月6日 (火)	7月9日 (金)	7月10日 (土)	7月13日 (火)	7月16日 (金)	7月17日 (土)	7月20日 (火)



住民票がある場所(住所地)以外での接種について

※新型コロナワクチンは原則として住民票のある市町村で接種します。

- 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 ⇒ 医療機関にご相談ください。
- 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確認いただくか、実際にお住まいの市町村にお問い合わせください。



コロナワクチンナビ QR コード

最後に大切なポイントのおさらい

- 何らかの病気で治療中の方等、ワクチン接種に不安がある方は事前にかかりつけ医に相談を。
- 予約は指定の医療機関またはコールセンターに連絡を。（それ以外の申し込みはできません）
- ワクチンは2回接種（3週間後）。体調不良以外の予約の変更はできません。
- 接種当日、「接種券」「予診票」「健康保険証」「お薬手帳」を必ず持参。
- ワクチン接種後も、引き続き感染対策の徹底をお願いします。



※太枠の中をご記入ください

新型コロナワクチン接種の予診票

記入例

※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	埼玉 都道府県 比企郡ときがわ 市町村			
大字玉川2515				
フリガナ	トキガワ ハナコ	電話番号	()	65-○△××
氏名	ときがわ 花子			
生年月日(西暦)	1945年10月01日	生(満)歳	75	男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女
				診察前の体温

ここには何も貼らないでください

(クーポン貼付)
当日会場で測ります
空欄でお持ちください

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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	※必ずどちらかにチェックを入れてください
現時点での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 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 <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"/> 基礎疾患有する(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)を受ける場合 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(高血圧)		<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 checked="" type="checkbox"/> その他(アムロジピン)		<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ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名()		「はい」の方: 必ず主治医に相談を。この欄の記入がないと、接種を受けられない場合があります。	
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	
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	

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。 <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。

被接種者又は
保護者自署
ときがわ 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。
	シール貼付位置		実施場所	医療機関等コード <small>例) 4月1日→04月01日</small>
※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください (注)				

予診票は事前に書いておきましょう。
持病があり通院している方は、接種を受けても良いか主治医に相談しましょう。