

新型コロナウイルスワクチンについて知ってほしいこと

問新型コロナウイルスワクチン接種対策室 ☎ 25-1033

新型コロナウイルスワクチンは、接種することにより新型コロナウイルス感染症の免疫をつくり、発症を予防します。

■ワクチンの接種には、優先順位があります

以下の①～③の順番で接種を行います。

- ① 65歳以上の高齢者
- ② 基礎疾患のある人や高齢者施設などの従事者
- ③ ①②以外の16歳以上の人

■発熱のある人は、接種できません

接種を受けようとする日に、体調が思わしくない人は、接種が受けられないことがあります。なお、当日37.5℃以上の発熱がある人は接種を受けることができません。

■ワクチンの接種は無料です

ワクチンの接種は、外国人を含むすべての住民を対象に無料で行います。

■ワクチンの接種は2回、接種間隔は3週間です（ファイザー社製の場合）

ワクチンは複数のメーカーの製品がありますが、現在、準備を進めているファイザー社製のワクチンは、間隔を開けて2回接種を行う必要があります。1回目の接種から3週間後のできるだけ早い日に2回目の接種を受けてください。

(例) 5月11日に1回目を接種した人は、6月1日に2回目を接種します。

■万が一、接種により健康被害が起きた場合は救済制度を利用することができます

予防接種によって医療機関での治療が必要になったり、障がいが残ったりすることが極めて稀にあります。このような場合は、予防接種法に基づく救済（医療費、障害年金などの給付）を受けることができます。

■新型コロナウイルスワクチン接種対策室に相談窓口を設けています

ご不明な点や不安なことなどがありましたら、ご相談ください。

今後も新型コロナウイルスワクチンに関する情報は、随時広報や町ホームページに掲載しますので、ご確認ください。



▲ワクチン接種シミュレーション（3月30日：西田布施公民館）

新型コロナウイルス感染症に関する根拠のない噂にご注意ください

問総務課 ☎ 52-5802

新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、さまざまな情報が町内で流れています。その中には、根も葉もない噂も含まれています。

新型コロナウイルス感染症は、細心の注意を払っていても、誰がいつ感染するかわからない病です。感染症を不安に思う気持ちは誰もが 있습니다。その気持ちで誰かを傷つけてしまうのも、誰かを偏見や差別から守れるのも、私たちです。

不確かな情報や噂を広げることは、人権侵害につながるような行動にもなっていきます。

町民の皆さまには、冷静な対応をお願いするとともに、不確かな情報を基にした情報の発信・拡散や詮索・誹謗中傷などの行為は絶対に行わないでください。相手の気持ちによりそった思いやりのある行動を心がけましょう。町民の皆さまのご理解とご協力をお願いします。

『新型コロナワクチン接種の予診票』の書き方について

65歳以上の人（昭和32年4月1日以前に生まれた人）には、3月下旬に新型コロナウイルスワクチンの接種券（予診票同封）を発送しています。予診票は、次の記入例を参照し、あらかじめ必要事項（色枠内）を記入の上、接種場所にお越しください。

■予診票の記入例（イメージ）

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	
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 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 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 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 checked="" 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()		<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 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。		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。(<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 被接種者自署 田布施 太郎 <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続柄を記載) (※被接種者が成年被見人の場合は本人又は成年後見人自署)</small>
---	--	--

※記入にあたり、不明な点などがありましたら、お気軽にお問い合わせください。

◇問合せ先

新型コロナウイルスワクチン接種対策室 ☎ 25-1033

E-mail : hokencenter@town.tabuse.yamaguchi.jp