

272-8501

市川市八幡1丁目1番1号

市川 花子 様

新型コロナワクチン接種市川市コールセンター

☎0120-923-118

(受付時間:午前9時~午後5時 土・日・祝も開設)

予約の方法は同封のお知らせをご確認ください。

接種を受けるときは、
この用紙一式と母子手帳を忘れずにお持ちください。

この書面は、あなたがワクチン接種をした事実を証明する
大事な書面ですので、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(臨時接種) Certificate of Vaccination for COVID-19

あなたの接種券番号：2100000000

1回目		2回目	
接種年月日	メーカー/Lot No. (シール貼付け)	接種年月日	メーカー/Lot No. (シール貼付け)
年		年	
月 日		月 日	

氏名	市川 花子
住所	市川市八幡1丁目1番1号
生年月日	平成29年1月1日

千葉県市川市長

新型コロナワクチン接種の予診票（1回目用）

※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			
氏名	電話番号	()		
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

券種	2 (<input type="checkbox"/> 予診のみ)	1 回目
請求先	〇〇県〇〇市	1 2 3 4 5 6
券番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	
氏名	厚生太郎	

2 1 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

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受けたことがありますか。 接種日(1回目: 年 月 日、2回目: 年 月 日) 接種を受けたワクチン()	<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、接種券又は右上の請求先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	
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"/> 毛細血管漏出症候群 <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 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。	

医療機関記入欄	<input type="checkbox"/> 時間外(受付時間 :) <input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> 小児(6歳未満) <input type="checkbox"/> 予備① <input type="checkbox"/> 予備②
---------	---

※該当する項目について、マークの形からはみ出さないように濃く塗りつぶしてください。

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
---	---	---

被接種者又は保護者自署

(※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	<input type="checkbox"/> ml	実施場所	医療機関等コード
	※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		医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日

2 0 2 年 月 日

新型コロナワクチン接種の予診票（2回目用）

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

券種	2 (<input type="checkbox"/> 予診のみ)	2 回目
請求先	〇〇県〇〇市	1 2 3 4 5 6
券番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	
氏名	厚生 ●●●●●●●● 太郎	



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)	<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受けたことがありますか。 接種日(1回目: 年 月 日、2回目: 年 月 日) 接種を受けたワクチン()	<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、接種券又は右上の請求先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	
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"/> 毛細血管漏出症候群 <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 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) 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
-------	---	------------

医療機関記入欄	<input type="checkbox"/> 時間外(受付時間 :) <input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> 小児(6歳未満) <input type="checkbox"/> 予備① <input type="checkbox"/> 予備②
---------	---

※該当する項目について、マークの形からはみ出さないように濃く塗りつぶしてください。

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	被接種者又は 保護者自署
-------	-----------------

(※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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ml	実施場所	医療機関等コード
	※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		医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日

5歳～11歳の方への新型コロナワクチン接種 保護者の皆様へ

最新の情報につきましては、以下の URL または右の 2次元バーコードから
市公式 Web サイトの新型コロナワクチンのページをご確認ください。

<https://www.city.ichikawa.lg.jp/pub10/vaccine.html>



1. ワクチンについて

- ・5歳から11歳の方が接種できるワクチンは、ファイザー社の小児用ワクチンのみです。
- ・小児用新型コロナワクチンは、1回目の接種時の年齢に基づいて判断します。
1回目の接種時に11歳だったお子様が、2回目の接種時まで12歳の誕生日を迎えた場合、2回目接種にも小児用ワクチンを使用します。

2. 接種可能な医療機関について

- ・ご予約は、市川市の予約システムまたはコールセンターから受付を行っています。
- ・5歳から11歳を対象とした接種を行っている医療機関は限られております。
接種を行っている医療機関の一覧は市公式 Web サイトに掲載しておりますので、ご確認ください。
- ・各医療機関に直接予約することはできません。医療機関へのお問い合わせはお控えください。
各医療機関に直接予約することはできません。医療機関へのお問い合わせはお控えください。また、ご協力をよろしくお願いいたします。

3. 予約について

- ・接種券が届き次第、接種のご予約が可能です。
※こちらの予約は、予防注射のみの予約です。
別途、診察や投薬をご希望される場合のお問い合わせは、各医療機関へお願いします。
- ・接種が可能となるのは5歳の誕生日の前日からです。ご予約の際はご注意ください。

4. 予診票について

- ・予診票に必要な事項を記載したうえで、予診票下部の「新型コロナワクチン接種希望書」に、保護者の方の自署が必要です。
「保護者」とは、親権を行うものまたは後見人をいいます。

5. 当日の注意点

- ・接種済証、予診票、本人確認書類（健康保険証等）に加えて、母子健康手帳を必ずお持ちください。
- ・原則、保護者の方の同伴が必要です。
- ・保護者が特段の理由で同伴することができない場合、お子様の健康状態を普段から熟知する親族などで適切な方が、保護者から委任を受けて同伴することは可能です。
- ・接種前にご自宅で体温を測定し、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、来院・来場及び、接種をお控えください。
- ・濃厚接触者になった方は、来院・来場及び、接種をお控えください。
- ・何らかの理由により当日接種が困難となった場合は、ご予約された医療機関または、コールセンターに連絡し、必ずご予約のキャンセルをお願いいたします。

6. 各学校等における出欠について

- ・ワクチン接種を受ける場合の出欠の取り扱い、接種後に発熱等の風邪の症状や、その他の症状がみられた場合の出欠の取扱いは、各学校等にお問い合わせください。

7. その他

- ・治療中の病気や、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うえ、接種についてご検討ください。
- ・接種は強制ではありません。接種をご希望の方は、感染症予防の効果、副反応についてご理解されたうえで、接種をお受けください。
- ・様々な理由によってワクチンを接種することができない人や、接種を望まない人もいらっしゃることをご理解ください。

【ご予約等はこちら】
新型コロナワクチン接種市川市コールセンター
TEL 0120-923-118
(受付時間 午前9時～午後5時 土・日・祝も開設)

<5～11歳のお子様の保護者の方へ> 新型コロナワクチン予防接種についての説明書 (小児(5～11歳)接種用)

ファイザー社
ワクチン用
(5～11歳用)
(2022年2月)

新型コロナワクチンの接種対象となっている5～11歳のお子様の保護者の方へ

- ◎ワクチン接種には、**保護者の同意と立ち合いが必要です。**
- ◎**接種を希望する場合、予防票の署名欄に、保護者の氏名を記入してください。**接種を希望されない場合には、**自署欄には何も記載しないでください。予防票に保護者の署名がなければ、予防接種はできません。**
- ◎疑問などがあれば、あらかじめ、国や市町村からの情報をご覧くださいか、かかりつけ医などによくご相談いただき、接種のご判断をお願いします。

新型コロナ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ィルス(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5～11歳の方が対象です。

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。新型コロナウィルス感染症の発症を予防します。

本ワクチンの接種を受けた人は、12歳以上の方と同様に、SARS-CoV-2の中和抗体価の十分な上昇が確認されています。また、接種を受けていない人よりも、新型コロナウィ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。(デルタ株等に対して、発症予防効果は90.7%と報告されています。)

販売名	コミナティ筋注 5～11歳用
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	5～11歳(5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0.2mLを合計2回 ※接種する有効成分の量は10μg(12歳以上の3分の1)

- 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。)
- 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。また、感染を完全に予防できるわけではありません。ワクチン接種にかかわらず、引き続き、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

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。
- 通常の生活は問題ありませんが、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、稀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てください。
 - ごく稀ではあるものの、ワクチン接種後に心筋炎や心膜炎を疑う事例が報告されています(※)。接種後数日以内に胸の痛みや動悸、息切れ、むくみ等の症状が現れたら、速やかに医療機関を受診してください。
- (※) 米国では、12～17歳男子に比べ5～11歳男子の方が、心筋炎の報告頻度は低かったことが確認されています。

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。極めて稀ではあるものの、なくする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。申請に必要な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。

新型コロナウィ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ワクチン(ファイザー社製のワクチン(5～11歳用))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(ウィ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を基に細胞内でウィ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。(12歳以上で使用するワクチンと同様です。)

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) アザンジール] ビス (ヘキサ-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 ◇ 精製白糖 ◇ トロメタモール ◇ トロメタモール塩酸塩

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。



5歳～11歳の方の

新型コロナウイルスワクチン接種のお知らせ

接種費用 **無料** (全額公費)

予約について

! 各医療機関に直接予約することはできません。医療機関へのお問い合わせはお控えください。

5歳～11歳の方の予約受付開始は、詳細が決まり次第、広報いちかわ、市公式Webサイト等を通じてお知らせします。

5歳になる方は、誕生日の前日より接種が可能となります。

予約は電話またはWebで受付になります。(各医療機関では予約できません)
受付開始直後は予約システムやコールセンターが混雑します。ワクチンは順次供給されますので、あわてずに予約をしていただきますようお願いいたします。

市川市公式Webサイト



■会場

市内の医療機関

集団接種会場

接種可能な医療機関、集団接種会場の最新の情報は、市川市公式Webサイトでご確認ください。

● 予約には接種券記載の「券番号」が必要になります。

● 接種は2回行いますので、予約時に1回目と2回目の2回分をご予約ください。

接種券番号

新型コロナウイルスワクチン 予防接種済証(臨時接種)

Certificate of Vaccination for COVID-19

あなたの接種券番号：2100000000

1回目		2回目	
接種年月日	メーカー/Lot No. (シール貼付け)	接種年月日	メーカー/Lot No. (シール貼付け)
年 月 日		年 月 日	

電話で予約

新型コロナワクチン接種
市川市コールセンター

受付時間：午前9時～午後5時(土・日・祝も開設)

☎ 0120-923-118

FAX: 04-7103-0583(言語・聴覚が不自由な方専用)

※間違い電話が非常に多くなっております。
番号をよくお確かめの上おかけください。

Webで予約

新型コロナワクチン接種
予約システム 24時間受付

(市川市公式Webサイトか下記二次元コード参照)



ログインID:「券番号」
パスワード:8桁の生年月日(西暦)

Webで予約する場合、システム推奨環境にご注意ください。(二次元コードからの場合、特に注意)

Windows10、macOS、Android Google Chrome iOS safari

コールセンターによる予約は大変混み合うことが予想されますので、Web予約にご協力ください。

接種について

受ける前

予診票は1回目接種用、2回目接種用の2部同封しております。予診票下部の「新型コロナワクチン接種希望書」に、**保護者の方の自署**が必要です。

接種日当日は必ず**体温を測定**し、明らかな発熱(目安として37.5℃以上)がある場合は、接種をお控えください。

原則、**保護者の方の同伴**が必要です。**肩を出しやすい服装**でお越しください。

受けた後

体調に変化がないか確認

接種会場で15分程度、過去に重いアレルギー症状などを起こした方は30分程度待機してください。

接種部位は清潔に

入浴はさしつかえありませんが接種部位をこするのはやめましょう。

激しい運動は避ける

当日の持ち物

接種券

母子健康手帳

本人確認書類

健康保険証など

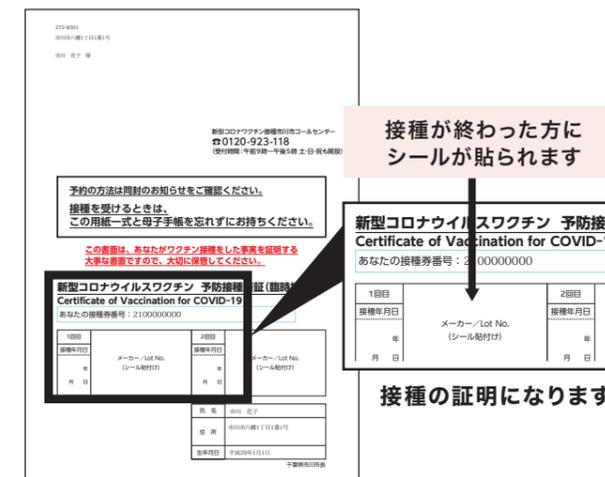
診察券(任意)

接種を受ける医療機関の診察券をお持ちの方

予診票

ご自宅で記入して
接種回数に応じた予診票をお持ちください。

予防接種済証は保管しておく



接種後の体調面の相談はこちら

市川市新型コロナワクチン健康相談窓口

電話番号: **0120-925-823**

FAX : 0120-925-849(言語・聴覚が不自由な方向け)

受付時間: 24時間(土・日・祝も開設)



コールセンターまたはWebで予約した方で、やむを得ずキャンセルする場合

コールセンターまでご連絡、またはWebで手続きしてください。
医療機関の予約を当日キャンセルする場合は、上記とあわせて予約した医療機関への連絡をお願いします。

予診票の記入例、住所地以外で接種については、裏面をご確認ください。

予診票の記入例

ワクチン接種を円滑に実施するため、**赤枠内**をご自宅で記入してお持ちください。

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	千葉県 都道府県 市川 市区町村
〒	八幡1-1-1
フリガナ 氏名	市川 太郎 (047) 334-1111
生年月日(西暦)	2017年 1月 1日生(満5歳) <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 診察前の体温 36度 5分
質問事項	回答欄
① 新型コロナウイルスワクチンの接種を受けたことがありますか。 接種日(1回目: 年 月 日、2回目: 年 月 日) 接種を受けたワクチン()	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
② 現時点で住民票のある市町村と、接種券又は右上の請求先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
③ 「新型コロナウイルスの説明書」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
④ 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"/> 毛細血管漏出症候群 <input checked="" type="checkbox"/> その他(糖尿病)	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑤ 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 checked="" 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 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
⑥ 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の安全性を説明した。	医師署名又は記名押印
医師検票記入欄 時間外(受付時間) () 休日 <input type="radio"/> 小児(5歳未満) <input type="radio"/> 予備① <input type="radio"/> 予備②	記入不要です。
⑦ 新型コロナウイルス接種希望書 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。	被接種者又は保護者自署 年 月 日 (※自署できない場合は代理人が署名し、代理人氏名及び被接種者の関係を記載し、(※被接種者が18歳未満の場合は保護者署名、成年被接種者の場合は本人又は成年被接種者自署)
医師記入欄 ※枠に合わせて必ず貼りに貼り付けてください (※有効期限が切れていないか確認)	記入不要です。 接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日 2022年 月 日

① 本人の住所・氏名・生年月日などをご記入ください。体温は、接種当日にご自宅で検温しご記入ください。

② 接種を初めて受ける場合は「いいえ」に☑をしてください。受けたことがある場合は「はい」に☑をし、1回目の日付をご記入ください。

③ 市川市に住民票がない場合は、現在住民登録がある市区町村にお問合せください。

④ 同封した「新型コロナウイルスワクチン予防接種についての説明書」をご一読いただき☑してください。

⑤ ご自身の病気、症状などをご記入、☑してください。

⑥ 他の予防接種を受けた場合、原則として接種日から2週間、新型コロナウイルスを接種することはできません。

⑦ 接種当日に接種の説明を受けてから、☑をし、ご記入ください。

◎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。実際にお住まいの市町村ホームページでご確認いただくか、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または保護者の同意が必要です。

ワクチンを受ける際には、感染症予防の効果と副反応のリスクの双方について、正しい知識を持っていただいた上で、ご本人の意思に基づいて接種をご判断いただきますようお願いいたします。受ける方の同意なく接種が行われることはありません。職場や周りの方などに接種を強制したり、接種を受けていない人に対して差別的な対応をすることはあってはなりません。

◎予防接種健康被害救済制度があります。

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、なくすことはできないことから、救済制度が設けられています。申請に必要な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。

◎ワクチンを受けた後も、マスクの着用など、感染予防対策の継続をお願いします。

新型コロナワクチンは、新型コロナウイルス感染症の発症を予防する高い効果が確認されていますが、その効果は100%ではありません。また、ウイルスの変異による影響もあります。このため、皆さまに感染予防対策を継続していただくようお願いいたします。具体的には、「3つの密(密集・密接・密閉)」の回避、マスクの着用、石けんによる手洗いや手指消毒用アルコールによる消毒の励行などをお願いします。

感染予防対策を継続していただくようお願いします。



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、厚生労働省ホームページの「新型コロナワクチンについて」の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。

【お問い合わせ先】 新型コロナワクチン接種市川市コールセンター

電話番号: 0120-923-118 (通話料無料) FAX: 04-7103-0583

午前9時~午後5時(土・日曜日、祝日も開設)

新型コロナワクチン接種についてのお知らせ

新型コロナワクチンをなぜ受けるの？

人の体の中に新型コロナウイルスが入りこみ仲間が増えると、
ねつ、だるさ、せき、息ぐるしさ、頭のいたみ、味覚の変化などがおきて、
体の調子が悪くなります。
ワクチンを受けると、体の中で新型コロナウイルスとたたかう用意ができる
ので、ウイルスが体に入っても、体の調子が悪くなりにくくなります。



新型コロナワクチンを受けるときは、どんなことに注意すればいいの？

受ける前	37.5℃以上のねつがあるときや、体の調子が悪いときは、 ワクチンを受けられないので、そのことをおうちの人に伝えましょう。
受ける時	ワクチンは肩の近くに注射します。 肩を出しやすい服で、受けに行きましょう。
受けた後	<ul style="list-style-type: none"> ◎ワクチンを受けた後、15分以上はすわって様子を見ましょう。(30分様子を見る場合もあります) ◎当日はお風呂に入るなど、いつも通りの生活をするのは問題ありませんが、激しい運動はやめましょう。 ◎ワクチンを受けると、以下の症状が出ることがありますが、2～3日で自然とよくなることわかっています。 ○ねつ ○気持ちわるさ ○だるさ ○おなかをこわす ○頭のいたみ ○さむけ

こんな症状が出たら、おうちの人や周りの大人に知らせましょう。

- 受けたすぐ後
 - 体のかゆさ
 - せき
- 受けた日や4日くらいの間
 - ねつ ○頭のいたみ ○胸のいたみ ○息ぐるしさ
 - だるさ ○さむけ ○胸がドキドキした感じ

このワクチンは3週間の間をあけて2回受けてください。

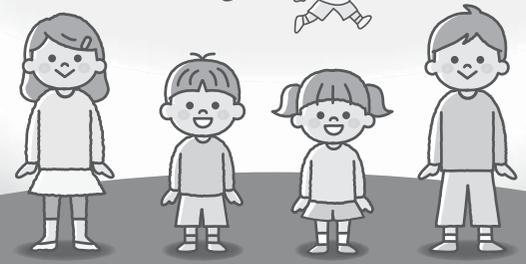
守ってほしい、大切なこと。

ワクチンを早く受けている人や、ワクチンを受けられない理由がある人など、様々な人がいます。ワクチンを受けている、受けていないといった理由で周りの人を悪く言ったり、いじめたりすることは、絶対にあってはなりません。



5歳から11歳のお子様と
保護者の方へ

新型コロナワクチン接種
についてのお知らせ



5歳以上のお子様も

新型コロナワクチンを受けることができます。

おうちの人と一緒にこの説明書を読んで、ワクチンを受けるか相談しましょう。

接種当日は母子健康手帳もご持参ください。



5歳から11歳の方も、新型コロナワクチンを受けられるようになりました。
国内の新型コロナ感染者全体に占める子どもの割合は増えています。
この説明書を読んで、ワクチンを受けるか、お子様と一緒にご検討ください。

◎使用するワクチン

ファイザー社の5～11歳用のワクチンを使用します。子ども用のワクチンです(※)。
通常、3週間の間隔をあけて、合計2回接種します。

(※)ファイザー社の12歳以上のものに比べ、有効成分が1/3になっています。

◎接種の対象

- 5歳から11歳の方
- 特に、慢性呼吸器疾患、先天性心疾患など、重症化リスクの高い基礎疾患(※)を有するお子様は接種をおすすめしています。接種にあたっては、あらかじめかかりつけ医などとよく相談してください。

(※)日本小児科学会では、新型コロナウィルス感染症の重症化リスクが高い疾患の一覧等を公表しています。
日本小児科学会「新型コロナウィルス関連情報」
URL: https://www.jpeds.or.jp/modules/activity/index.php?content_id=333



新型コロナワクチンの効果

Q.新型コロナワクチンは、どんな効果がありますか？

A.新型コロナワクチンを受けることで、新型コロナに感染しても症状が出にくくなります。

ワクチンを受けると、体の中で新型コロナと戦う仕組み(免疫)ができます。ウイルスが体に入ってきた時に、すぐ戦える準備ができますので、新型コロナの症状が出にくくなります。5～11歳における2回接種後7日以降の発症予防効果は、90.7%と報告されています(※)。

(※)オミクロン株が出現する前のデータです。

出典:特例承認に係る報告書より

新型コロナワクチンの安全性

Q.子どもが新型コロナワクチンを受けた後は、どんな症状が出ますか？

A.注射した部分の痛みが一番多く現れます。

ワクチンを受けた後、数日以内に現れる症状は、注射した部分の痛みが一番多く、1回目で74%、2回目で71%でした。注射を受けたすぐ後よりも、受けた日の夜や次の日に痛みを感じる人が多いです。疲れた感じや発熱などは、1回目よりも2回目の後の方が多く現れ、38℃以上の発熱は1回目で2.5%、2回目で6.5%でした。ワクチンを受けた後の症状は、ほとんどが軽度または中等度であり、現時点で得られている情報からは、安全性に重大な懸念は認められないと判断されています。

■数日以内に起こることがある症状

症状が出た人の割合	症 状
50%以上	注射した部分の痛み、疲れた感じ
10～50%	頭痛、注射した部分の赤み・はれ、筋肉痛、寒気
1～10%	下痢、発熱、関節痛、嘔吐

出典:特例承認に係る報告書より

Q.若い男子ほど接種後に心筋炎を発症しやすいと聞きますが、子どもはどうでしょうか？

A.米国では、12～17歳男子に比べ5～11歳男子の方が、心筋炎が報告される割合が低いとされています。

ごくまれですが、海外では子どもでも軽症の心筋炎を発症した例が報告されています。

米国では、新型コロナワクチン接種後の心筋炎の報告率は、5～11歳の男子の方が12～15歳や16～17歳の男子より低いとされています。

ワクチン接種後4日程度の間にお子様にも胸の痛み、動悸、息切れ、むくみなどの症状がみられた場合は、速やかに医療機関を受診して、ワクチンを受けたことを伝えてください。

なお、心筋炎と診断された場合は、一般的には入院が必要となりますが、多くは安静によって自然回復します。

出典:2022.1.5 ACIP Meeting

新型コロナワクチンを受けるには

◎お子様のワクチン接種には、保護者の方の同意と立ち合いが必要です。

ワクチンを受ける際には、感染症予防の効果と副反応のリスクの双方について、正しい知識を持っていただいた上で、保護者の方の意思に基づいて接種をご判断いただきますようお願いいたします。保護者の方の同意なく、接種が行われることはありません。

周りの方に接種を強制したり、接種していない人に対して差別的な対応をすることはあってはなりません。

◎ワクチン接種当日は可能な限り母子健康手帳をご持参ください。

子どものワクチン接種では、接種履歴は母子健康手帳で管理しているため、接種当日には可能な限り母子健康手帳をご持参ください。

その他、このお知らせが入っていた封筒の中身一式、本人確認書類(マイナンバーカード、健康保険証等)を忘れずにお持ちください。



◎ワクチンについての疑問や不安があるときはかかりつけ医などにご相談ください。

新型コロナワクチンと他のワクチンとの接種間隔などについては、かかりつけ医などにご相談ください。同時または前後2週間は、原則、他のワクチンを受けることはできません。また、お子様に基礎疾患があるときなど、ワクチンについての疑問や不安があるときも、かかりつけ医などによくご相談ください。

ご相談先など

◎新型コロナワクチンに関する相談先

ワクチン接種後に、体に異常があるとき	→	ワクチンを受けた医療機関やかかりつけ医、市町村や都道府県の窓口
ワクチン接種全般に関するお問い合わせ	→	市町村の窓口

◎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、なくすことはできないことから、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・障害年金の給付など)が受けられます(※)。申請に必要な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。

(※)その健康被害が、接種を受けたことによるものであると厚生労働大臣が認定したときは、市町村により給付が行われます。認定にあたっては、予防接種・感染症・医療・法律の専門家により構成される国の疾病・障害認定審査会により、因果関係を判断する審査が行われます。

ワクチンを受けた人もいれば、受けていない人もいます。ワクチンを受けた後も、今までのように、しっかり手洗い・消毒、マスクなどの感染予防対策を続けましょう。



子どもに対する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、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 子ども 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。

