

新型コロナウイルス

# ワクチンの住民接種が 始まります

令和3年4月6日



## I ワクチン接種計画

## II 広島県医師会長から

## III 県からのメッセージ



## I ワクチン接種計画

## II 広島県医師会長から

## III 県からのメッセージ



# 1 接種の対象者と順番・スケジュール

- ・ 県内に住所地（県内市町に住民票）
- ・ 接種日時点で16歳以上の方

接種対象者		接種券 配付予定	接種開始※ (予定)
医療従事者等	先行接種 (県内4施設(0.15万人程度)で実施)	—	2月18日～
	優先接種(県11.2万人程度)	—	3月5日～
住民	高齢者の方(今年度65歳以上となる方) (県81.5万人程度)	3月12日～	4月12日～
	基礎疾患を有する方 (県17.6万人程度) 高齢者施設等の従事者の方 (県4.2万人程度)	6月以降	6月以降
	上記以外の方 (ワクチンの供給量等を踏まえ、順次)	6月以降	6月以降

※接種開始日は、各市町により異なります。

①

市町から「接種券（クーポン）」「お知らせ」  
「予診票※」が郵送されます。

ご自身がワクチン接種可能な時期になりました！

②

接種会場については、お住いの市町の広報誌や  
ホームページなどでご確認ください。

③

電話かインターネットで予約してください。



※予診票は、市町によって、予約確定後に届く場合があります。

# 3 接種券（クーポン）【見本】

接種券	診察したが接種できない場合
-----	---------------

券種	2	ワクチン接種	1	回目
請求先	〇〇県〇〇市		123456	
券番号	1234567890			
氏名	厚生 太郎			



OCRライン（18桁）

券種	1	予診のみ	1	回目
請求先	〇〇県〇〇市		123456	
券番号	1234567890			
氏名	厚生 太郎			



OCRライン（18桁）

券種	2	ワクチン接種	2	回目
請求先	〇〇県〇〇市		123456	
券番号	1234567890			
氏名	厚生 太郎			



OCRライン（18桁）

券種	1	予診のみ	2	回目
請求先	〇〇県〇〇市		123456	
券番号	1234567890			
氏名	厚生 太郎			



OCRライン（18桁）

新型コロナウイルスワクチン 予防接種済証（臨時）  
Certificate of Vaccination for COVID-19

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

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

氏名	厚生 太郎
住所	〇〇県〇〇市〇〇 999-99
生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日 生

〇〇県〇〇市長 日本 一郎

### 接種を受ける方へ

- シールは剥がさずに、台紙ごと接種場所へお持ちください。
- 右側の予防接種済証は接種が終わった後も大切に保管してください。

次のいずれかの方法で市町ごとに実施

※ 詳しくは市町広報誌やHPでご確認ください。

- 集団接種会場で接種
- 医療機関で接種
- 集団接種会場若しくは医療機関で接種

## 5 接種時に持参するもの

ワクチン接種を受ける時は、

- 市町から郵送された

**「接種券（クーポン）」**

- 事前に必要事項をご記入した

**「予診票」**

- 運転免許証や健康保険証など

**「本人確認ができる書類」**

を持参してください。

※診療行為が生じた場合に備えて

**「健康保険証」「お薬手帳」も持参を**



- ワクチンは**2回接種**する必要があります。
- 1回目接種後、**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。）
- 接種会場には**肩を出しやすい服装**でお越しください。



広島県新型コロナウイルス  
ワクチン接種コールセンター

**082-513-2847**

(24時間・土日休日対応)

聴覚に障害のある方や失語症の方、音声機能障害の方などについては、FAX又はメールによる相談を受け付けています。

**082-211-3006**

(FAX)

よくある質問など、詳しくは広島県のホームページへ。



## 最新情報はお住いの市町の広報誌やHPなどを注意してご覧ください。



※イメージ画像です。

## I ワクチン接種計画

## II 広島県医師会長から

## III 県からのメッセージ



# ワクチン接種を受けましょう！

- ワクチン接種は、感染症から身を守るための**最も有効な手段の一つ**です。
- **ご自身を守る**とともに、多くの人が免疫を持つことで**社会全体**が感染症から守られます。



# 接種体制構築への全面的な協力

広島県  
・  
県内の市町



広島県医師会  
・  
県内の  
市区郡地区医師会

官民一体で、県民の皆さまが安全かつ安心して接種を受けていただけるよう取り組んでいます。



# 接種前にかかりつけ医に相談を！

- 接種にご不安をお持ちの場合、**予めかかりつけ医にご相談ください。**
- **予診票は事前にご記入して、接種を受けてください。**

**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印を入れてください。

※左欄に合わせ、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)

住居地に記載されている住所	都 道 市 区 町 村	府 県	市 区 町 村
フリガナ			
氏 名	姓	名	
生年月日 (西暦)	年	月	日
性別	男	女	
診察前の体温	度	分	

質問事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナウイルス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 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( )		
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せんか。 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 (  可能 ・  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。  
 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。(  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 接種者又は保護者自署

(※接種者18歳未満の場合は保護者自署、成人接種者本人又は成年後見人自署)

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	※接種履歴コード(接種年月日)は年内に1回を1回記入してください。
シール貼付位置	ml	実施場所	医師名

医師記入欄

※枠に合わせ、点線に沿っ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が確認

接種年月日 ※記入例) 4月1日~04月01日

2022 年 月 日

接種前にかかりつけ医に相談を！

基礎疾患のある方  
（特に高齢者）は  
かかりつけ医に  
是非相談をしてください！



## 副反応対策について

ワクチン接種では、  
**一定の確率で副反応が発生**  
します。



## 主な副反応の症状 (コミナティ筋注 適正使用ガイドより)

ワクチンの副反応としては、**疼痛**、**疲労**、**頭痛**、**筋肉痛**、**悪寒**、**関節痛**、**下痢**、**発熱**等が見られています。

※症状の大部分は、接種後数日以内に回復しています。



## 副反応対策について

副反応が発生したら、

- ・ 予診医（接種の前に診察をした医師）
- ・ かかりつけ医
- ・ 重篤な場合は救急車（119）

に連絡してください



## 副反応対策について

広島県では、予診医・かかりつけ医が診察の上、さらに専門的な医療機関の診察が必要と判断した場合には、24の専門的医療機関にご紹介できる体制が構築されています。



## 県民の皆様へのメッセージ

接種の機会は、一度きりでは  
ありません！

- 体調がすぐれない場合は、  
別日に接種してください。
- 体調など不安な場合は、予診医に  
遠慮なくご相談ください。



## I ワクチン接種計画

## II 広島県医師会長から

## III 県からのメッセージ



希望されるすべての方が**無料**で接種できます。

市町から「接種券（クーポン）」と「お知らせ」が届いたら、**大切に保管**してください。

ワクチンは、「新型コロナウイルスの発症予防」、「死亡者や重症者の減少」、「感染のまん延防止」が目的です。

**多くの皆様に接種していただくよう  
お願いいたします。**

## ワクチン詐欺に注意を！

国・県・市町などの行政機関が、電話やメールなどで、ワクチン接種に関して、金銭や個人情報を求めることは絶対にありません。

判断に迷ったら 一人で悩まず相談を！

<新型コロナワクチン詐欺 消費者ホットライン>

電話番号 **0120-797188 (フリーダイヤル)**

受付時間 10時00分～16時00分 (土日休日も対応)

※ 独立行政法人国民生活センター



ワクチンは、発症が予防できると期待されています。

しかしながら

周りの方への感染をどの程度予防できるかは、まだ分かっていません。

当面はワクチンを受けた方も受けていない方もいます。

ワクチン接種が始まって、気をゆるめることなく

引き続き、

基本的な感染防止対策の徹底をお願いします。