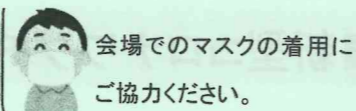


■接種日時・会場



集団/個別	会場・医療機関名			
集団接種	市総合福祉センター（水・木）		市健康センター（土・日）	
個別接種	天童南部	小幡皮膚科医院	さいとう内科胃腸科クリニック	天童市民病院
		さとう医院	天童西口クリニック	
	芳賀タウン	てんどう脳神経外科・頭痛クリニック	星川内科クリニック ●	
	天童中部	安部内科胃腸科医院	大竹内科呼吸器科医院 ●	神村内科医院
		鞍掛胃腸科内科医院	高橋整形外科	天童温泉篠田病院
		平野クリニック ●	宮脇医院	目黒クリニック ●
	天童北部	吉岡病院	内科・胃腸科 高橋医院	
		武田耳鼻咽喉科		
	高橋	大野胃腸科内科医院		
	高橋	瑞穂医院		
長岡	いがらしクリニック	菅原内科胃腸科医院		
千布	千布後藤医院			
荒谷	クリニックあこがれ	藤山医院		



天童市新型コロナウイルスワクチン予約受付サイト

※●の医療機関に基礎疾患を有し通院されている方は、通院時に接種予約についてご相談いただくことができます。（電話相談はできません。）

※申込状況やワクチンの供給量によっては、ご希望の日時に予約することができない場合があります。

※接種は、かかりつけの医療機関以外でも受けることができます。

※接種可能な医療機関について、追加・変更があった場合は随時市報等でお知らせいたします。

※寝たきり等により在宅以外で接種を受けることができない方は、かかりつけ医にご相談ください。

※医療機関に直接連絡して予約することはできません。1ページに記載の方法でお申し込みください。

■副反応に関するお問い合わせ

名称	区分	受付・相談時間	電話番号
山形県ワクチンコールセンター		午前 8:30～午後 6:00(毎日)	0120-567-690
山形県救急電話相談	大人 (15歳以上)	午後 7:00～翌朝 8:00(毎日)	#8500(プッシュ回線) 023-633-0799(ダイヤル回線)
	小児 (15歳未満)		#8000(プッシュ回線) 023-633-0299(ダイヤル回線)
山形市休日夜間診療所	夜間	内科	午後 7:00～11:00(毎日)
		小児科	午後 7:30～10:30(毎日)
	日曜祝日	内科・外科 ・小児科	午前 9:00～11:45 午後 1:30～5:00

注意

全国で、新型コロナウイルスワクチン接種に関する特殊詐欺につながる不審な電話が確認されています。
ワクチン接種に費用が掛かることはありません。不審な電話はすぐに切りましょう。

天童市健康福祉部新型コロナウイルスワクチン接種対策室 〒994-0047 天童市駅西五丁目2番2号(市健康センター内)

お問い合わせ:天童市コールセンター ☎0570-023-053(平日 9:30～16:30)

新型コロナウイルスワクチン接種についてのお知らせ【保存版】

(6月23日改訂)

※このお知らせは、2回の接種を終えるまで大切にお持ちください。

無料

■ワクチン接種について ※接種は強制ではありません。

□対象者 12歳以上の市民

□接種回数 一定期間をあけて同じ種類を2回(令和4年2月末まで)

※病気等で治療中の方や体調が悪い場合など接種に不安のある方は、かかりつけ医にご相談ください。

■予約方法 ※予約は2回必要です。接種券をご用意のうえお手続きください。

□接種券 ◆基礎疾患を有する方:申請いただいた方に6月下旬から年齢の高い方から順に発送

◆高齢者施設及び教育・保育施設に従事する方:7月上旬から発送(基礎疾患を有する方の後)

◆12歳～64歳の方:7月中旬から年齢の高い方から順に発送(発送予定時期は市ホームページに掲載しています)

※予約やワクチン供給の状況等により、発送時期が前後する場合があります。

□予約開始 接種券が届いた時点で予約可能です。

□接種を受ける会場・医療機関を確認します。(4ページに記載)

□次の3つのいずれかの方法で事前予約をしてください。接種券番号と生年月日が必要です。

①



LINE

スマートフォンアプリ

右のQRコードを読み込み、
友だち登録をして予約画面へ



24時間受付

②



WEB

インターネット予約サイト

右のQRコードを読み込み予約

天童市公式ホームページからもアクセス可能です。
<https://www.city.tendo.yamagata.jp>



③



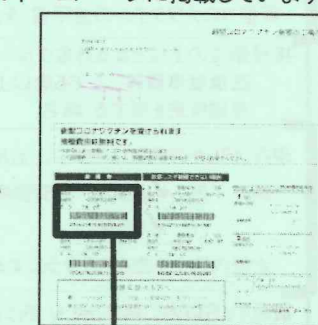
電話

天童市コールセンター

予約専用ダイヤル

平日 9:30～16:30

0570-023-053



※医療機関に直接申し込むことはできません。お近くの市立公民館で予約のサポートをしていますのでご利用ください。

※1回目の予約は3週間先までの日程で受け付けます。2回目の予約は、1回目の接種後可能になります。

※コールセンターは混み合うことが予想されますので、LINE または WEB からの予約にご協力をお願いします。

※ご自身の予約状況は、LINE や WEB のマイページでご確認いただけます。

※体調不良等の理由によりやむを得ず前日・当日にキャンセルする場合は、接種する医療機関等に電話連絡してください。

再予約する場合は、最初から予約を取り直してください。

■接種日当日 全体の所要時間は1時間程度を想定しています。

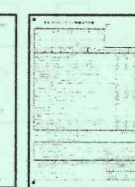
□持ち物

①接種券(台紙からはがさずにお持ちください)

②予診票(2ページを見ながら事前にご記入ください)

③本人確認書類(運転免許証・健康保険証等、接種券の住所と同じもの)

④おくすり手帳(服薬している方)



【接種券】

【予診票】

□接種の流れ



①受付・検温

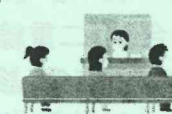


②予診



※肩を出しやすい服装でご来場ください

③接種



④経過観察(30分程度)

■ 予診票の書き方 ※混雑回避のため、できるだけ事前にご記入の上持参してください。

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。

<small>住民票に記載されている住所</small>	山形 都 道 天 童 市 区 村	何も貼らない
フリガナ	テンドウ コマコ	
氏名	天童 駒子	
生年月日(西暦)	1958年10月1日生(満62歳)	診察前の体温 <input type="text"/> 度 <input type="text"/> 分
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	

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	右頁の説明書に目を通してください。
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 checked="" 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 checked="" 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()	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	該当する場合は、かかりつけ医に事前にご相談ください。また、当日の予診医にお伝えください。
治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬(アスピリン) <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 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 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 以上の間診及び診察の結果、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。
 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。

2021年 〇 月 〇 日 被接種者又は保護者自署 **天童 駒子**

※自署できない場合は代理人の署名し、代理人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、成年被検見入の場合は本人又は成年被検見入自署)

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	医療機関等コード
※枠に合わせてまっすぐに貼し、付けてください (注)有効期限が切れていないか確認	<input type="text"/> ml	医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日 2021年 〇 月 〇 日

予診票は代筆可能です。氏名の後に接種を受けるご本人との続柄を記載してください。

- <記入上の注意>
- ・文字は黒のボールペンではっきりとお書きください。
 - ・書き損じた場合は、二重線で消し、書き直してください。また、接種会場にも予備を用意しています。
 - ・基礎疾患を有する方の、診断書等の提出は不要です。
 - ・接種券のシールは貼らずに台紙ごとお持ちください。

■ 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・抜粋)

※詳細は市ホームページや接種会場に掲示しております。

□ 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。

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	12歳以上(12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

□ 予防接種を受けることができない人

- ・明らかに発熱(37.5℃以上)している人
 - ・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(アナフィラキシーや呼吸困難等)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當な状態にある人
- (※)本ワクチンの成分については、ファイザー株式会社のホームページ等でご確認ください。

□ 予防接種を受けるに当たり注意が必要な人

下記に当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に伝えてください。

- ・抗凝固療法を受けている人、血小板減少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出た人
- ・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

□ 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、当日の激しい運動や過度の飲酒等は控えてください。

□ 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。申請に必要な手続きなどについては、市新型コロナウイルスワクチン接種対策室にご相談ください。