



浦添市健康づくり課

 901-2103
 沖縄県浦添市
 仲間1丁目8番1号

接 種 券			診察したが接種できない場合			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	
券 種	2	ワクチン接種	1 回目	券 種	1	予診のみ	1 回目
請求先	沖縄県浦添市		472085	請求先	沖縄県浦添市		472085
券番号	[REDACTED]			券番号	[REDACTED]		
氏 名	[REDACTED]			氏 名	[REDACTED]		
 214720850000376914			 114720850000376914			1 回目 接種年月日 2021年 月 日 接種場所	
メーカー/Lot No. (シール貼付け)			メーカー/Lot No. (シール貼付け)			2 回目 接種年月日 2021年 月 日 接種場所	
メーカー/Lot No. (シール貼付け)			メーカー/Lot No. (シール貼付け)			氏 名 [REDACTED]	
住 所 [REDACTED]			住 所 [REDACTED]			生年月日 [REDACTED]	
沖縄県浦添市長			沖縄県浦添市長			沖縄県浦添市長	

接種を受ける方へ

- シールは剥がさず、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。

新型コロナウイルスワクチンを受けられます。 費用負担はありません。

年齢等により接種いただける時期が異なります。
ご自身の接種の時期が来るまで、こちらの接種券は大切にお持ちください。

- ★ 予防接種を受けられる医療機関等のリストは、厚生労働省のホームページ等をご覧ください。
- ★ 予防接種は、当日の体調や基礎疾患等で受けられない可能性もあります。
また、接種後、副反応が発生するおそれもありますので、必ず医師と相談してください。

新型コロナワクチン 接種のお知らせ

接種費用
無料
(全額公費)



ワクチン接種までの流れ

1 接種可能な時期を確認する

新型コロナワクチンは、**医療従事者等、高齢者、基礎疾患のある方等**から順次接種を開始する予定です。ご自身の接種の順番をご確認いただき、順番が来るまでお待ちください。

※ 国からの発表をお待ちください。厚生労働省のホームページやお住まいの市町村の相談窓口でもご確認ください。

※ 高齢者や基礎疾患のある方の範囲は裏面をご覧ください。

※ 少しお待ちいただく可能性はありますが、接種を希望されるすべての方が接種できるように、ワクチンは順次供給されます。安心してお待ちください。

2 医療機関/接種会場を探す

市町村からの広報やインターネットで、ワクチンを受けることができる医療機関や接種会場を探しましょう。

詳しくは右の **接種総合案内サイト「コロナワクチンナビ」** をご確認ください。

「コロナワクチンナビ」サイトアドレス: <https://v-sys.mhlw.go.jp>

※ 医療機関や接種会場を探すことができない場合は、お住まいの市町村にお問い合わせすることができます。

※ 入院中・入所中の方等を除き、ワクチンは住民票のある市町村(住所地)で受けます。住所地以外でのワクチン接種については、裏面をご覧ください。

※ コロナワクチンナビで直接予約をすることはできません。



「コロナワクチンナビ」
二次元コード

3 予約して、ワクチンを受ける

予約
受付

コールセンター **0570-057023** (遠征形態(民間委託)
(委託先:株式会社エヌ・ティ・エス・マーケティングアクト))

Web予約 <https://v-yoyaku.jp/472085-urasoe>

聴覚障がい者専用 FAX:098-875-1579 (予約時に、障がい者手帳の写し等
も一緒に送信してください。)

Web予約専用
サイトQRコード



当日の
持ち物

- ・接種券(このお知らせに同封されています)
- ・本人確認書類(運転免許証、健康保険証等)
- ・予診票(事前に記入を済ませてください)



※ 接種前にご自宅で体温を測定し、明らかな発熱がある場合や体調が悪い場合などは、接種を控え、予約した市町村の窓口や医療機関にご連絡ください。

※ 肩を出しやすい服装でお越しください。

※ ワクチンの効果を十分得るために、同じ種類のワクチンを一定の間隔を空けて2回受ける必要があります。1回目を受けた際、次回接種がいつから可能なのかご確認ください。

※ 同封された接種券は、2回分の「接種券」や「予防接種済証」が1枚になっています。毎回、切りはなさず台紙ごとお持ちください。

◎ 高齢者の接種開始

令和3年度中に65歳に達する方(昭和32年4月1日以前に生まれた方)から接種を予定していますが、そのなかでさらに時期を分けることもあります。

◎ 基礎疾患のある方とは

基礎疾患のある方は、高齢者の次に接種が開始される予定です。基礎疾患のある方とは、次のいずれかにあてはまる方です(令和3年2月1日時点の案であり、変更となる可能性があります。)。

1. 以下の病気や状態の方で、通院/入院している方

- | | |
|--|--------------------------------------|
| 1. 慢性の呼吸器の病気 | 7. 免疫の機能が低下する病気(治療中の悪性腫瘍を含む。) |
| 2. 慢性の心臓病(高血圧を含む。) | 8. ステロイドなど、免疫の機能を低下させる治療を受けている |
| 3. 慢性の腎臓病 | 9. 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患 |
| 4. 慢性の肝臓病(ただし、脂肪肝や慢性肝炎を除く。) | 10. 神経疾患や神経筋疾患が原因で身体の機能が衰えた状態(呼吸障害等) |
| 5. インスリンや飲み薬で治療中の糖尿病
又は他の病気を併発している糖尿病 | 11. 染色体異常 |
| 6. 血液の病気(ただし、鉄欠乏性貧血を除く。) | 12. 重症心身障害(重度の肢体不自由と重度の知的障害とが重複した状態) |
| | 13. 睡眠時無呼吸症候群 |

2. 基準(BMI 30以上)を満たす肥満の方

※ BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)

※ BMI 30の目安: 身長170cmで体重87kg、身長160cmで体重77kg

なお、同じ時期に、高齢者施設等の従事者への接種も開始される予定です。

◎ 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ご確認いただくか、実際ににお住まいの市町村の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の同意が必要です

現在、何かの病気で治療中の方や、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上、ワクチンを受けるかどうかお考えください。

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、首相官邸ワクチン特設ページをご覧ください。

官邸 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

どここの医療機関で接種できるのか、
クーポン券を紛失したが、どうしたらよいか ▶ 浦添市コールセンター **0570-057023**

接種後の体調不良や症状についての
問い合わせなど ▶ 沖縄県コールセンター **098-894-4856**

コロナワクチン施策の在り方などについて ▶ 厚生労働省コールセンター **0120-761-770**

■新型コロナワクチン接種を希望される方へ■



Regarding COVID-19 vaccination reservations

URL <http://www.city.urasoe.lg.jp/docs/2021022200023/>



基礎疾患をお持ちの方は、その病気を診てもらっている医師に予防接種を受けてよいか、事前に確認をしてください。

確認されていない場合、接種ができないことがあります。

浦添市では集団接種(市が指定する会場での接種)と個別接種(希望する病院での接種)があります。

5月の集団接種会場：浦添市保健相談センター

集団接種日(5月) 8日(土)・15日(土)・16日(日)・23日(日)・29日(土)・30日(日)

※6月以降の日程については、広報、ホームページ、コールセンター等で、ご確認ください。

個別接種可能な医療機関一覧 (5月末以降順次開始予定)(ファイザー社製ワクチンのみ)

- | | | |
|-------------|--------------|----------------|
| ・稲福内科医院 | ・佐久田脳神経外科・外科 | ・まえだクリニック |
| ・浦添医院 | ・城間クリニック | ・牧港クリニック |
| ・浦西医院 | ・同仁病院 | ・牧港中央病院 |
| ・浦添協同クリニック | ・徳山クリニック | ・まちなと内科在宅クリニック |
| ・かりまた内科医院 | ・名嘉村クリニック | ・みどり耳鼻咽喉科 |
| ・キンザー前クリニック | ・比嘉眼科 | ・みやざと内科クリニック |
| ・具志堅循環器・内科 | ・ひがハートクリニック | ・嶺井第一病院 |
| ・さくだ内科クリニック | | |

◆新型コロナワクチンを受けた後の注意点

- ・ワクチンを受けた後、15～30分は接種会場で座って様子をみてください。
- ・ワクチンを接種していない方とも社会生活を営んでいくことになるため、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。

※国からのワクチンの供給状況により、集団接種の日程及び医療機関での個別接種開始時期に変更が生じる可能性があります。詳しくは予約時にご確認ください。

◆集団接種、個別接種とも完全予約制ですので、接種する前に下記の方法で必ず予約してください。

予約受付	コールセンター	0570-057023 運営形態[民間委託] (委託先:株式会社エヌ・テック・テックマーケティングアクト)
	web予約	https://v-yoyaku.jp/472085-urasoe
	視覚障がい者 専用FAX	FAX: 098-875-1579 ※予約時に、障がい者手帳の写しと一緒に送付してください



web予約
QRコード

【注意】集団接種会場内の駐車場には限りがあります。

送迎無料の「うらちゃんmini」でお越しください。

うらちゃんminiの予約 098-875-0250 (レインボー)

抗血栓薬



新型コロナワクチン予防接種について

本ワクチンの接種は国と地方自治体による事業として行われ、無料で接種することが可能です。同封のチラシを、すべてお読みになり、注意事項などを確認した上で、「新型コロナワクチン予診票」を接種前(会場に行く前)に記入してください。また接種日当日は身分証(運転免許証・保険証等)を持って、肩を出しやすい服装(半そでなど)でお越しください。

◆ワクチンの効果など

今回接種する新型コロナワクチンは2回の接種によって、95%の有効性で、発熱やせきなどの症状がでること(発症)を防ぐ効果があると報告されています。(※インフルエンザワクチンの有効性は40～60%)また、多くの方に接種を受けていただくことにより、重症者や死亡者を減らし、医療機関の負担を減らすことが期待されます。

◆ワクチンの投与方法

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

通常、三角筋(上腕の筋肉)に、筋肉内注射という方法で2回接種します。1回目の接種後、3週間の接種間隔をあけて、2回目を接種する必要があります。(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回目に接種したワクチンと2回目に使用するワクチンは必ず同じものを使用します。

◆副反応について

- ・接種会場や医療機関では、万一、アナフィラキシー(じんま疹・腹痛・嘔吐・呼吸困難などのアレルギー反応)が起こっても、すぐに対応が可能なよう、医薬品の準備をしています。
- ・接種後、接種部位の痛み・疲労・頭痛・筋肉痛・悪寒などが起こる場合がありますが、通常、これらの症状は、接種後数日以内に回復しています。
- ・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もありますが、接種後、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、県設置のコールセンターへご相談ください。

血をサラサラにする薬を飲まれている方へ

ワクチンを受けることはできますが、接種後の出血に注意が必要です。

接種(筋肉注射)にあたっての注意点



接種後は2分間以上、しっかり押さえてください。

- ・腕が腫れる・しびれるなどの症状が出たら、医師にご相談ください。
- ・接種にあたって、お薬を休む必要はありません。

対象の薬

抗凝固薬

不整脈、血栓症、心臓の手術後の方に処方されることが多い薬です。

商品名	ワーファリン (一般名:ワルファリンカリウム)
商品名	ブラザキサ (一般名:ダビガトランエデキシラート)
商品名	イグザレルト (一般名:リバーロキサバン)
商品名	エリキュース (一般名:アピキサバン)
商品名	リクシアナ (一般名:エドキサバントシル酸塩水和物)

新型コロナワクチン接種の予診票(1回目)

※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 市 区 町 村 府 県	
	フリガナ 氏 名	
生年月日 (西暦)	年 月 日 生 (満 歳)	性別 ☐ 男 ☐ 女

※左側に合わせ、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)

接種会場で貼り付けします

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)	☐ はい ☐ 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。	☐ はい ☐ 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。	☐ はい ☐ 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。 ☐ 医療従事者等 ☐ 65歳以上 ☐ 60～64歳 ☐ 高齢者施設等の従事者 ☐ 基礎疾患を有する(病名:)	☐ はい ☐ 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: ☐ 心臓病 ☐ 腎臓病 ☐ 肝臓病 ☐ 血液疾患 ☐ 血が止まりにくい病気 ☐ 免疫不全 ☐ その他() 治療内容: ☐ 血をサラサラにする薬() ☐ その他()	☐ はい ☐ 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。	☐ はい ☐ 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 ☐ いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状()	☐ はい ☐ いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	☐ はい ☐ 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()	☐ はい ☐ 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()	☐ はい ☐ 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。	☐ はい ☐ 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()	☐ はい ☐ いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	☐ はい ☐ 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。	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。	年 月 日 被接種者自署 (※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関係を記載) (※被接種者が成年被後見人の場合は本人又は成年被後見人自署)

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。
	※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	ml	実施場所 医師名	医療機関等コード 接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日 202 年 月 日

新型コロナワクチン接種のお知らせ

※必ず裏面(予診票)を記入してから接種会場へお越しください。

◎予防接種を受ける前の注意

予防接種は体調の良い時に受けるものです。健康状態には十分気をつけ、現在、通院中の方は、かかりつけの医師にご相談ください。また予防接種についての必要性や副反応についてよく理解した上で、裏面(予診票)を事前に記入して接種会場にお越しください。

◎予防接種を受けることができない人

- ・明らかに発熱している人(体温が37.5度以上ある人) ・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、全身性の皮膚・粘膜症状、喘鳴、呼吸困難、頻脈、血圧低下等、アナフィラキシー疑わせる症状)の既往歴のある人

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)の成分

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	◇ ALC-0315: [(4-ヒドロキシブチル)アザンジール]ビス(ヘキササン-6,1-ジイル)ビス(2-ヘキシルデカン酸エステル)
	◇ ALC-0159: 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
	◇ DSPC: 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

- ・上記以外で、医師が予防接種を受けることが不適当な状態と判断した場合

◎接種に際して注意が必要な人(下記に当てはまると思う場合は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

妊娠中・妊娠の可能性のある人・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。

このワクチンには、これまでのワクチンでは使わ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、必ず接種前の診察時に医師へ伝えてください。

◎注意点

- ・身分証明書(運転免許証・保険証等)、接種券、予診票をもって下さい
- ・肩が出しやすい服装(半そでなど)で来所して下さい
- ・接種後、30分以上は接種会場で座って様子をみてください
- ・注射部分は、こすらず清潔に保ち、接種当日の入浴は問題ありませんが運動は控えてください
- ・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

◎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おり、新型コロナワクチンの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。

新型コロナワクチン接種の予診票(2回目)

※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
				男・女
診察前の体温		度		分

※左側に合わせ、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)

接種会場で貼り付けします

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)	☐ はい ☐ 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。	☐ はい ☐ 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。	☐ はい ☐ 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。 ☐ 医療従事者等 ☐ 65歳以上 ☐ 60~64歳 ☐ 高齢者施設等の従事者 ☐ 基礎疾患を有する(病名:)	☐ はい ☐ 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: ☐ 心臓病 ☐ 腎臓病 ☐ 肝臓病 ☐ 血液疾患 ☐ 血が止まりにくい病気 ☐ 免疫不全 ☐ その他() 治療内容: ☐ 血をサラサラにする薬() ☐ その他()	☐ はい ☐ 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。	☐ はい ☐ 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 ☐ いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状()	☐ はい ☐ いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	☐ はい ☐ 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()	☐ はい ☐ 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()	☐ はい ☐ 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。	☐ はい ☐ 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()	☐ はい ☐ いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	☐ はい ☐ 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。	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。

年 月 日 被接種者自署

(※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)
(※被接種者が成年被保護者の場合は本人又は成年被保護者自署)

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。
	シール型V12書	☐ . ☐ 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 202 年 月 日

新型コロナワクチン接種のお知らせ

※必ず裏面(予診票)を記入してから接種会場へお越しください。

◎予防接種を受ける前の注意

予防接種は体調の良い時に受けるものです。健康状態には十分気をつけ、現在、通院中の方は、かかりつけの医師にご相談ください。また予防接種についての必要性や副反応についてよく理解した上で、裏面(予診票)を事前に記入して接種会場にお越しください。

◎予防接種を受けることができない人

- ・明らかに発熱している人(体温が37.5度以上ある人) ・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、全身性の皮膚・粘膜症状、喘鳴、呼吸困難、頻脈、血圧低下等、アナフィラキシー疑わせる症状)の既往歴のある人

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)の成分

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	◇ ALC-0315: [(4-ヒドロキシブチル)アザンジール]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)
	◇ ALC-0159: 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
	◇ DSPC: 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

- ・上記以外で、医師が予防接種を受けることが不適当な状態と判断した場合

◎接種に際して注意が必要な人(下記に当てはまると思う場合は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

妊娠中・妊娠の可能性のある人・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。

このワクチンには、これまでのワクチンでは使わ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がある人は、必ず接種前の診察時に医師へ伝えてください。

◎注意点

- ・身分証明書(運転免許証・保険証等)、接種券、予診票をもって下さい
- ・肩が出しやすい服装(半そでなど)で来所して下さい
- ・接種後、30分以上は接種会場で座って様子をみて下さい
- ・注射部分は、こすらず清潔に保ち、接種当日の入浴は問題ありませんが運動は控えてください
- ・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

◎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おり、新型コロナワクチンの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。