

このお知らせは令和3年6月1日から7月3日までに2回目接種を受けられた方にお送りしています

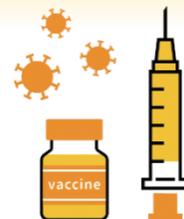


安芸高田市

新型コロナワクチン

追加（3回目）接種のお知らせ

新型コロナワクチンの追加接種（3回目接種）を受けられる方は、
2回目の接種を終了した日から、原則8か月以上経過した、18歳以上の方です。



1 予診票（接種券一体型予診票）が届く

予診票（接種券一体型予診票）が届いた方からワクチンを受けることができます。

※接種日時時点で18歳以上の方が対象になります。

【注意】前回職場などで自治体から届いた接種券を使わずに接種を受けられた方も、追加（3回目）接種は自治体から届いた接種券（接種券一体型予診票）が必要です。



2 ワクチン接種を受ける

接種費用
（全額公費）**無料**

① 2回目の接種を安芸高田市の集団接種会場で受けられた方

★予約は不要です

宛名台紙兼接種済み証（封筒表側に入っていた書類）に、記載された日時・場所にお越しください。
キャンセル・変更はインターネットまたは電話ですることができます。

（指定された日時にお越しになれない方は必ずご連絡ください。ご協力をお願いします）

② 介護施設等に入所中・または医療機関に入院中の方

⇒入所・入院中の施設・医療機関にお尋ねください

入所・入院中の施設・医療機関での接種が基本となります。入所・入院しておられる施設にお尋ねください。

③ 2回目の接種を勤務先（施設・医療機関等）で受けられた方

⇒接種を職場で受けられる場合があります。勤務先にご確認ください

④ ①②③に該当しない方、または勤務先での接種が受けられない方

安芸高田市での集団接種（裏面日程あり）で接種を受けられるほか、広島県内で行われている広域接種を受けることができます。（受入れ状況は各市町によって違います）ご希望の方は「コロナワクチンナビ」などでご確認ください。また在宅で接種を受けられた方はかかりつけ医にご相談ください。

安芸高田市での集団接種を希望される方は、インターネットまたは電話で予約をしてください。

予約・変更・キャンセル

インターネットまたは電話で予約・変更・キャンセルができます

インターネット

安芸高田市 新型コロナワクチン 予約 で検索



24時間・土日祝日も予約可能 URL: <https://jump.mrso.jp/342149/>

電話

安芸高田市新型コロナワクチン接種予約コールセンター

☎ 082-836-4649 9時～16時（土日祝日を除く）

FAX 082-836-4650 聴覚などに障害があるなど電話での連絡が難しい方はFAXによりご連絡ください

※2回目接種を受けられた時期によって予約方法等が変わる予定です。順次お知らせしていきますのでご了承ください

安芸高田市集団接種日程（追加（3回目）接種）

日程	場所	受付時間
2/13（日）～ 2/16（水）	高宮田園パラッツオ	10:00～15:30 ※12:00～13:00は受付時間外です
2/18（金）～ 2/20（日）	美土里生涯学習センター まなび	10:00～15:30 ※12:00～13:00は受付時間外です
2/22（火）～ 2/24（木）	八千代文化センターフォルテ	10:00～15:30 ※12:00～13:00は受付時間外です
2/26（土）～ 3/2（水）	甲田文化センター ミュース	10:00～15:30 ※12:00～13:00は受付時間外です
3/8（火）～ 3/17（木）	安芸高田市民文化センター クリスタルアージョ	13:00～17:30
3/22（火）～ 3/25（金）	向原生涯学習センターみらい	10:00～15:30 ※12:00～13:00は受付時間外です

上記期間で使用するワクチンは武田/モデルナ社製です。

この後も順次日程が追加される予定です。詳しくはコールセンター（☎082-836-4649）または健康長寿課にお尋ねください。

上記日程ではワクチンの混在を避けるため武田/モデルナ社製のワクチンに限定して接種を行います。

※入荷状況によってはワクチンが変更になる場合もございます。

接種日当日の 持ち物

- ・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、運転免許証、健康保険証等）

※封筒には、「接種券が印字された予診票」と「予防接種済証」が同封されています。紛失しないよう大切に保管ください。

※接種前にご自宅等で体温を測定し、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。

※ワクチン接種の際に速やかに肩を出せる服装でお越しいただくよう、ご配慮の程お願いいたします。



封筒の中身一式

+



マイナンバーカード等

予約・変更・キャンセル

安芸高田市新型コロナワクチン接種予約コールセンター

☎ 082-836-4649 FAX 082-836-4650 9時～16時（土日祝日を除く）

ワクチンの専門的な相談・ワクチンに関する一般的な相談

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・土日祝日対応）

FAX 番号 082-211-3006 聴覚に障害のある方など、電話での相談が難しい方はFAXによりご相談ください。

お問合せ先

安芸高田市福祉保健部健康長寿課

お太助フォン 42-5633

☎ 0826-42-5633

FAX 0826-47-1282

接種費用
無料
(全額公費)

追加(3回目)接種に使用するワクチン についてのお知らせ

**武田/モデルナ社のワクチンも
3回目の接種に使用できるようになりました**



◎ **接種の対象** 2回目のワクチン接種を終了した18歳以上の方

◎ **使用するワクチン**

1・2回目に接種したワクチンの種類に関わらず、ファイザー社または武田/モデルナ社のワクチンを使用します。ファイザー社は1・2回目の接種量と同量ですが、武田/モデルナ社は**半量**になります。

◎ **3回目の接種の安全性と効果**

安全性

ファイザー社及び武田/モデルナ社の薬事承認において、3回目の接種後7日以内の副反応は、1・2回目の接種後のものと比べると、どちらのワクチンにおいても、一部の症状の出現率に差があるものの、おおむね1・2回目と同様の症状が見られました。

発現割合	ファイザー社(2回目→3回目接種後の症状)	武田/モデルナ社(2回目→3回目接種後の症状)
50%以上	疼痛(78.3→83.0%)、疲労(59.4→63.7%)	疼痛(88.3→83.8%)、疲労(65.4→58.7%) 頭痛(58.8→55.1%)
10 - 50%	頭痛(54.0→48.4%)、筋肉痛(39.3→39.1%) 悪寒(37.8→29.1%)、関節痛(23.8→25.3%)	筋肉痛(58.1→49.1%)、関節痛(42.9→41.3%) 悪寒(44.3→35.3%)、リンパ節症(14.2→20.4%)
1 - 10%	38度以上の発熱(16.4→8.7%) 腫脹(6.8→8.0%)、発赤(5.6→5.9%) リンパ節症(※)(0.4→5.2%)	38度以上の発熱(15.5→6.6%) 腫脹・硬結(12.3→5.4%) 紅斑・発赤(8.7→4.8%)

(注) 対象/人数: ファイザー2回目 16~55歳/2,682人、ファイザー3回目 18~55歳/289人、モデルナ2回目 18歳以上/14,691人、モデルナ3回目 18歳以上/167人

(注) 2回目接種と比べた3回目接種での発現割合: 5ポイント以上少ないもの、 5ポイント以上多いもの。

(注) 武田/モデルナ社のワクチンは、1・2回目は100µg、3回目は50µg接種している。

(※) ファイザー社のワクチンのリンパ節症は、接種後1か月以内のデータを記載。

出典: 特例承認に係る報告書より

効果

3回目の接種をした人の方がしていない人よりも、新型コロナウイルスに感染する人や重症化する人が少ないと報告されています。

◎ **1・2回目と異なるワクチンを用いて3回目接種した場合の安全性と効果**

英国では、2回目接種から12週以上経過した後に、様々なワクチンを用いて3回目接種を行った場合の研究が行われ、その結果が報告されています。

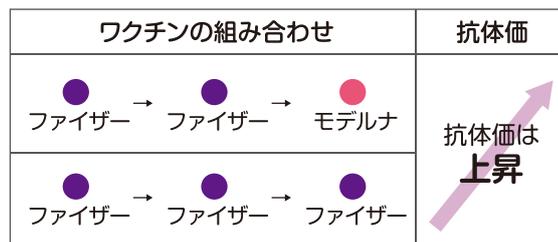
安全性

3回目の接種後7日以内の副反応は、1・2回目と同じワクチンを接種しても、異なるワクチンを接種しても安全性の面で許容されること

効果

1・2回目接種でファイザー社ワクチンを受けた人が、3回目でファイザー社ワクチンを受けた場合と、武田/モデルナ社ワクチン(※)を受けた場合のいずれにおいても、抗体価が十分上昇すること

(※) 武田/モデルナ社ワクチンは、3回目は50µg接種することになっているが、本研究では100µg接種した結果が報告されている。



出典: Munro APS, et al. The Lancet. December 2021

Q.武田/モデルナ社のワクチンは副反応が強いと聞いていますが大丈夫ですか。

A.武田/モデルナ社のワクチンにおける3回目接種は、1・2回目接種で用いた量の半量となります。2回目接種後と比較して、発熱や疲労などの接種後の症状が少ないことが報告されています。

(注) 接種後の症状のうちリンパ節症は、2回目よりも3回目の方が多く見られます。 出典：特例承認に係る報告書より

Q.ファイザー社と武田/モデルナ社のワクチンの効果に差はありますか。

A.1・2回目の接種では、ファイザー社と武田/モデルナ社のいずれも、2回目接種から約半年後も高い重症化予防効果(※)が維持されています。

ファイザー社と武田/モデルナ社のワクチンの1・2回目接種の効果を約半年間比較した観察研究では、武田/モデルナ社のワクチンの方が、感染予防、発症予防、重症化予防(※)の効果有意に高かったと報告されています。

(※) 重症化予防には入院予防を含む

出典：Rosenberg ES, et al. medRxiv, 2021. / Self WH, et al. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2021. / Dickerman BA, et al. NEJM. December 1, 2021.

Q.3回目接種はどのようにしたら受けられますか。

A.お住まいの市町村から3回目用の接種券等が送付されましたら、ワクチンを受けたい医療機関や会場をお探しのうえ、予約をお願いします。



Q.1回目・2回目の接種をまだ受けていませんが、まだ受けられますか。

A.受けられます。公費で受けられる期間は、現在のところ令和4年9月30日までです。この期間であれば、1・2回目接種も無料ですので、ご希望の方はお早めに受けてください。

◎ワクチンを受けるにはご本人の同意が必要です。

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。

感染予防対策
を継続して
いただくよう
お願いします。



密集場所



密接場面



密閉空間

「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



手指消毒用アルコール
による消毒の励行

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。

厚生 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。

新型コロナワクチン接種の予診票（追加接種用）

※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					
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

あなたの予約日時	あなたの接種会場

予約日時・予約の場所が印字されている方はその日時で予約をお取りしています。
 変更・キャンセルはコールセンター（☎082-836-4649）またはインターネットで
 お願いします。
 予約日時・予約の場所が空欄の方は、ご自分で予約をお取りください。

新型コロナウイルスワクチン接種のご案内

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。

- ・接種を受けるときは、この用紙と予診票を忘れずにお持ちください。
- ・この書面は、あなたが3回目の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:

3回目	メーカー／Lot No. (シール貼付け)	氏名	
接種年月日		住所	
年 月 日		生年月日	

新型コロナワクチン1、2回目接種記録

	1回目	2回目
接種年月日		
メーカー		
Lot No.		

※ *が印字された部分の記録については、別途、当該接種の実施者から発行された接種済証、接種記録書、接種証明書等によって証明されます。

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 <small>※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。</small>
---------	---

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 被接種者又は保護者自署 _____ <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)</small>

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取まるよう記入してください。
	シール貼付位置	□□ 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