

新型コロナワクチン予防接種についての説明書

武田／モデルナ社
ワクチン用
(2021年8月)

新型コロナウイルス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イルス（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12歳以上の方が対象です。

ワクチンの効果と投与方法

今回接種するワクチンは武田／モデルナ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。

本ワクチンの接種を受けた人は、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。（発症予防効果は約94%と報告されています。）

| | |
|---------|--|
| 販売名 | COVID-19 ワクチンモデルナ筋注 [®] |
| 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、4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0.5 mLを合計2回 |

- 1回目の接種後、通常、4週間の間隔で2回目の接種を受けてください。（接種後4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回目に本ワクチンを接種した場合は、2回目も必ず本ワクチンの接種を受けてください。
- 臨床試験において、本ワクチンの接種で十分な免疫が確認されたのは、2回目の接種を受けてから14日以降です。また、感染を完全に予防できる訳ではありません。ワクチン接種にかかわらず、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て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

（うらへ続く）

妊娠中、又は妊娠している可能性がある人、授乳されている人は、接種前の診察時に必ず医師へ伝えてください。

本剤には、これまでのワクチンでは使用さ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、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、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（※1）、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。

（※1）接種直後よりも翌日に痛みを感じる方が多いです。接種後1週間程度経ってから、痛みや腫れなどが起きることもあります。

- ごく稀ではあるものの、ワクチン接種後に軽症の心筋炎や心膜炎が報告されています（※2）。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。

（※2）1回目よりも2回目の接種の後に多く、若い方、特に男性に多い傾向が見られます。

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、住民票がある市町村にご相談ください。

新型コロナウイ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ウイルスワクチン（武田／モデルナ社製のワクチン）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（ウイ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を基に細胞内でウイ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。

本剤には、下記の成分が含まれています。

| | |
|------|---|
| 有効成分 | ◇ CX-024414（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 | ◇ SM-102：ヘプタデカン-9-イル 8-((2-ヒドロキシエチル)(6-オキソ-6-(ウンデシルオキシ)ヘキシル)アミノ)オクタン酸エステル ◇ コレステロール ◇ DSPC：1,2-ジステアロイル-sn-グリセロ-3-ホスホコリン ◇ 1,2-ジミリストイル-rac-グリセロ-3-メチルポリオキシエチレン（PEG2000-DMG） ◇ トロメタモール ◇ トロメタモール塩酸塩 ◇ 氷酢酸 ◇ 酢酸ナトリウム水和物 ◇ 精製白糖 |

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。



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。

※ワクチン接種後に医療機関において
貼り付けてください

※左隅に合わせ、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)

| | | |
|---------------|----------------------|----------------|
| 住民票に記載されている住所 | 都 道 市 区 村 府 県 町 村 | |
| フリガナ | フリガナ | 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 |

| 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 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 | |
| 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() 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。 | |

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"/> . <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 |
| | | | 202 年 月 日 | |

記入例

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。

※ワクチン接種後に医療機関において
貼り付けてください
※左図に合わせ、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)

| | | | |
|---------------|------------------------|------|---|
| 住民票に記載されている住所 | 山梨県 都道 中央 市区村 府 県 町 | | |
| フリガナ | やまなし たろう | | |
| 氏名 | 山梨 太郎 | 電話番号 | (055) 273-9186 |
| 生年月日(西暦) | 1983年10月01日生(満037歳) | 性別 | <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 | 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 type="checkbox"/> はい <input checked="" 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 | |
| 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 checked="" 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() 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 checked="" 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 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 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。(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。

R3年 6月29日 被接種者又は保護者自署 **山梨 太郎**

(※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捺印を記載)
(※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被接種者の場合は本人又は成年被見人自署)

| | | | | |
|-------|--|--|----------------|--------------------------------------|
| 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"/> . <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 202 年 月 日 |

山梨大学医学部キャンパス ワクチン接種会場案内図

イオンタウン内の指定場所に駐車していただき、徒歩で会場までお越しください。

接種会場：外来ホール

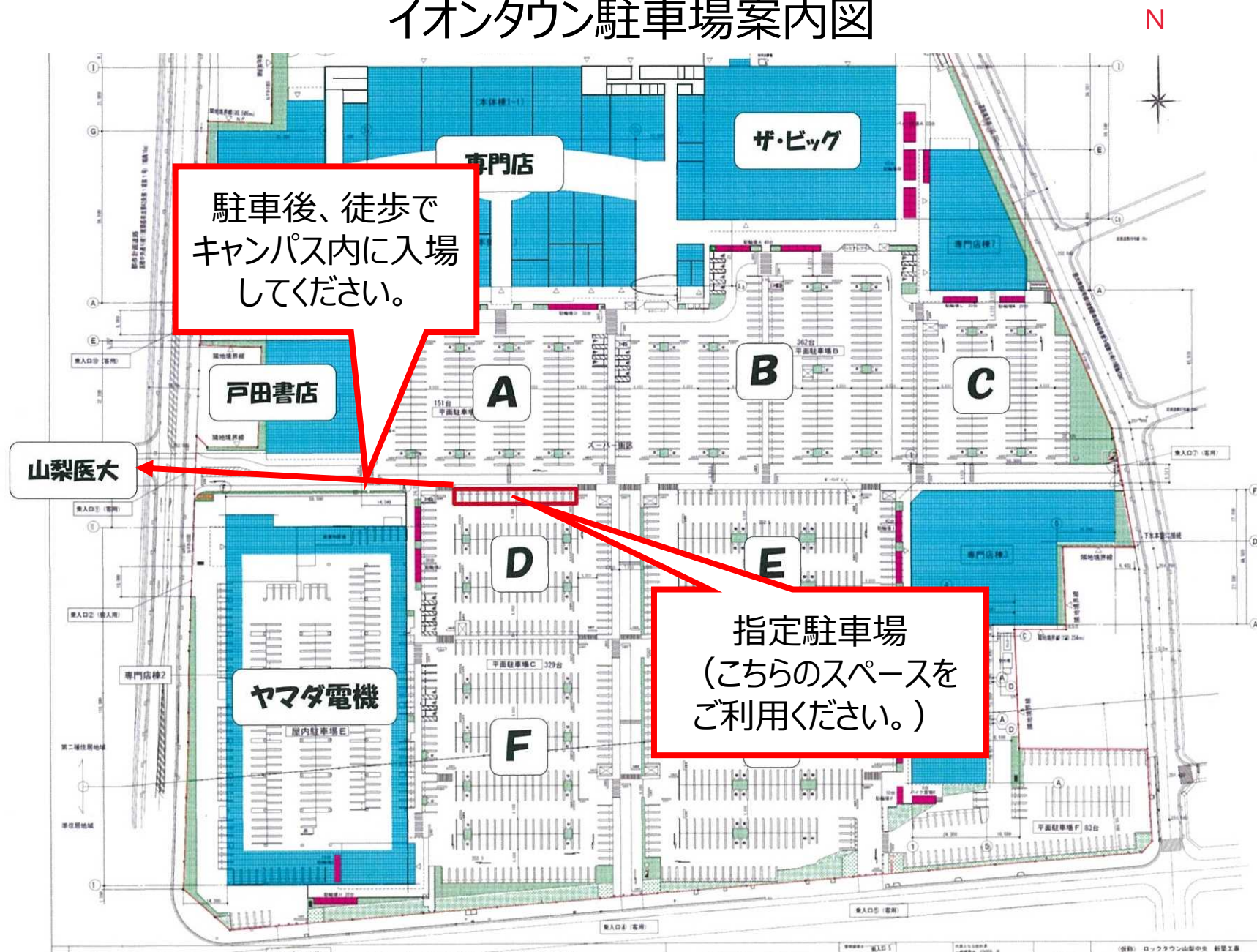


N

病院立体駐車場もご利用できるようになりました。
無料化措置をしますので、駐車券を持参ください。

前ページの地図と南北が逆になっています。ご注意ください。

イオンタウン駐車場案内図

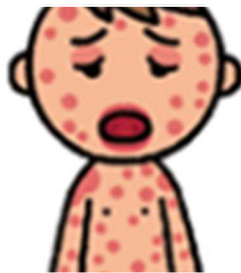


新型コロナワクチン接種後の注意点について

1. 筋注後 30 分以内に下記症状のどれか 1 つが現れた場合、アナフィラキシーが危惧されます
➡待機エリアに滞在中は周りの方に異常を訴えてください

皮膚の症状（全身）

- じんましん
- かゆみ
- 皮膚が赤くなる



粘膜の症状

- 唇、舌、口の中が腫れる
- まぶたが腫れる

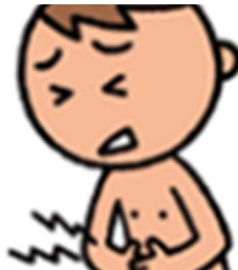
呼吸器系の症状

- 鼻汁、鼻閉、くしゃみ
- 息切れ
- せき
- 呼吸音がゼーゼー、ヒューヒューする



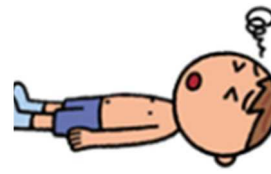
消化器系の症状

- 強い腹痛
- 嘔吐



血圧低下など

- 血圧の低下
- 倒れる
- 失禁する



2. 発熱、痛みに対して、鎮痛解熱薬は内服してよいか？

➡内服して良いです。

3. 接種後発熱した場合は、仕事を休んだ方がよいか？

➡咽頭痛、咳嗽や味覚・嗅覚異常がある場合は、出勤せず勤務先・学校へ連絡して下さい。

➡発熱だけの場合も、解熱するまでは無理をせずお休み下さい。

令和3年8月

ワクチンを接種された皆様へ

ワクチン接種に関する問い合わせ先について

ワクチン接種後の副反応に症状への対処に関する情報及び副反応出現時の問い合わせ先は次のとおりです。

記

1. 接種後1-2日以内の通常の副反応（発熱や痛み、倦怠感）については、専門ダイヤル等への連絡は不要です。自宅で安静にしてください。
2. 副反応が長引く場合や咳やのどの痛み、胸の痛み等がある場合
山梨県コロナワクチン専門相談ダイヤル
8：30～20：30（土日祝日を含む毎日）
055-223-8878
3. けんれんやショック症状は、救急車（119）を要請してください。
4. 夜間・休日の救急連絡先
甲府市医師会救急センター 055-226-3399
山梨県救急医療情報センター 055-224-4199
5. 新型コロナワクチン Q&A <https://www.cov19-vaccine.mhlw.go.jp/qa/>

※山梨大学附属病院への問い合わせは控えてください

（裏面もご覧ください）

接種後、副反応が出る場合があります

副反応は、きちんと免疫ができている反応のあらわれて、からだが病原体とたたかう準備をしている証拠です。

| 症状 | 発現割合 |
|--------------------------|--------|
| 接種部位の痛み、だるさ、頭痛 | 50%以上 |
| 筋肉痛、悪寒、関節痛、下痢、発熱、接種部位の腫れ | 10~50% |
| 吐き気、嘔吐 | 1~10% |

※これらの症状は一時的なものであり、数日以内におさまることがほとんどです。

実際に接種を受けた人（医師、看護師）の体験から

最初は不安だったけど・・・

こうすればOK！

接種の夜に痛くて肩が
上がらなくなった。
寝返りが痛くてうてない。



重いものを持たないように
して、つらかったら痛み止
めを使いましょう。



打った翌日に体中節々が
痛くて、だるい・・・



無理せず安静にし、仕事は
休めたら休みましょう。

翌日に38.6℃の
熱が出た！



仕事を休み、つらかったら
解熱剤を使いましょう。

どの人も数日で、症状がやわらぎました！

市販の痛み止め、解熱剤※を準備しておけば安心です。

※アセトアミノフェン、イブプロフェン、ロキソプロフェン

※詳しくは薬局・薬店で相談を！

発熱、頭痛、倦怠感がワクチン後に現れる主な症状です。

これらの症状は、体が新型コロナウイルスと戦う準備が出来ていることを反映しています。ただし4日経っても改善しない場合や、胸が痛む場合は、専門ダイヤル等に相談して下さい。