

国は、新型コロナウイルス感染症の重症化予防を目的として、ワクチンの追加接種（令和5年春開始接種）を決定しました。これを受けて、市では以下のとおり実施します。

- ・**前回接種日から「3ヵ月以上経過後」に受けることができます。**
- ・使用するワクチンは、オミクロン株対応ワクチン（ファイザー社製またはモデルナ社製）です。
- ・接種回数は 1 回です。
- ・対象となるのは、これまでに2回以上接種し、次の①から③のいずれかに該当する人です。
 - ① 65歳以上の人
 - ② 12～64歳で「基礎疾患」※を有する人、または新型コロナウイルスに感染した場合の重症化リスクが高いと医師が認める人
 - ③ 医療施設、高齢者施設、障害者施設等の従事者

「基礎疾患」の範囲 ※この基礎疾患に該当するか判断に迷う場合は、主治医などに確認ください。

■18歳以上の人で次の病気や状態で、通院または入院している人

①慢性の心臓、腎臓、呼吸器、肝臓の病気 ②病気や治療による免疫機能の低下 ③神経疾患や神経筋疾患を原因とする身体機能の低下 ④染色体異常 ⑤血液の病気（鉄欠乏性貧血は除く） ⑥インスリンや飲み薬で治療中又は合併症のある糖尿病 ⑦睡眠時無呼吸症候群 ⑧重い精神疾患 ⑨知的障害

■18歳以上でBMI（体格指数）が30以上の肥満の人【※BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)】

※目安は、身長160cmで体重77kg、身長170cmで体重87kg

■17歳以下の人で次の病気や状態で、通院または入院している人

①慢性の心臓、腎臓、呼吸器、肝臓の病気 ②病気や治療による免疫機能の低下 ③神経疾患や神経筋疾患を原因とする身体機能の低下 ④染色体異常 ⑤血液の病気 ⑥代謝性疾患（糖尿病を含む。） ⑦悪性腫瘍 ⑧膠原病 ⑨内分泌疾患 ⑩消化器疾患

ワクチン接種の流れ

接種までの流れは、これまでと同様です。できるだけ、かかりつけ医での接種をお勧めします。

① 接種する医療機関や会場を選び、予約する

※予約には、接種券が必要です。

医療機関での個別接種を希望する人

2 ページをご覧ください

市民体育館での集団接種を希望する人

3 ページと別添の日程表をご覧ください

② 予約した日時に接種会場に行く

持ち物

- ①接種券付き予診票
- ②本人を証明するもの（マイナンバーカードや健康保険証、運転免許証など）

※①はあらかじめ記入しておいてください。記入方法は 4 ページへ

当日は、肩を出しやすい服装で、お越しく下さい。

今回は、タクシー利用料の助成はありません。

ワクチンの接種会場や実施日などは、追加・変更する場合があります。最新情報については、市広報や、市ホームページ、SNSなどで随時お知らせしていきます。

接種券を紛失した場合は、再発行が必要です。下のワクチン接種相談窓口へ電話でご相談ください。

【ワクチン接種に関するお問い合わせ先】

大船渡市新型コロナウイルスワクチン接種相談窓口(担当:保健福祉部健康推進課)

電話:22-8061 / FAX:22-8572 / メール:ofu_kenkou@city.ofunato.iwate.jp

医療機関での個別接種のご案内

実施医療機関は、次の表のとおりです。接種を希望する医療機関に直接お申込みください。

※医療機関によって、予約の開始日や予約方法、接種の日程、受付対象（年代）などが違いますので、詳しくは各医療機関へお問い合わせください。

※使用するワクチンは、当面、ファイザー社製(BA.4-5型)ですが、在庫が無くなり次第、モデルナ社製(BA.4-5型)を使用します。詳しくは、接種する医療機関、または市ホームページ等で最新の情報をご確認ください。

前回接種を集団接種で行った65歳以上の方へ

「集団接種予約票」を同封しています。
個別接種で接種する場合、予約票の集団接種はキャンセルしてください。お手数ですが、指定日の1週間前までに市新型コロナワクチン接種予約センター（☎0192-22-8462）へ連絡をお願いします。

当面の予約受付対象(今後、変更になる場合があります)

医療機関(順不同)	当面の予約受付対象(今後、変更になる場合があります)		
	小中学生 (12歳以上)	高校生	18歳以上
石倉クリニック Tel 21-2525			原則、当院で診察や予防接種などを受けたことがある方(接種券が入った封筒ごと持参のうえ、来院での予約)
いとう耳鼻咽喉科クリニック Tel 21-1333		○	原則、当院で予定する予約枠までは、どなたでも受入れ可
岩淵内科医院 Tel 26-5355	○	○	原則、当院で診察や予防接種などを受けたことがある方(接種券が入った封筒ごと持参のうえ、来院での予約)
うのうらクリニック Tel 21-3636			原則、当院で定期的に診察を受けている方を優先(接種券が入った封筒ごと持参のうえ、来院での予約)
えんどう消化器科内科クリニック Tel 21-1555			原則、当院で定期的に診察を受けている方を優先(接種券が入った封筒ごと持参のうえ、午前9時以降に来院での予約)
大津小児科ファミリークリニック Tel 27-2673	○	○	原則、当院で診察を受けたことがある方や当院でワクチン接種を受けたことがある方(基本的に木・金の昼頃接種予定)
菊田外科・泌尿器科 Tel 26-4075	○	○	原則、当院で予定する予約枠までは、どなたでも受入れ可(大船渡市民のみとし、接種券持参のうえ、来院での予約)
菊池医院 Tel 21-1620		○	原則、当院で予定する予約枠までは、どなたでも受入れ可
地ノ森クリニック Tel 27-1721			原則、当院で定期的に診察を受けている方のみ
滝田医院 Tel 29-3108			原則、かかりつけの方や、当院で新型コロナワクチン接種をした方(電話予約は不可。接種券が入った封筒ごと持参のうえ、来院での予約)
ちば内科診療所 Tel 22-8990	○	○	原則、当院で予定する予約枠までは、どなたでも受入れ可
山浦医院 Tel 26-3121		○	原則、当院で予定する予約枠までは、どなたでも受入れ可
山崎内科医院 Tel 26-4448			原則、当院で定期的に診察を受けている方を優先(接種券が入った封筒ごと持参のうえ、来院での予約)
国保越喜来診療所 Tel 44-2103	○	○	原則、当院で新型コロナワクチンを接種したことがある方を優先(接種券が入った封筒ごと持参のうえ、来院での予約)
国保吉浜診療所 Tel 45-2107(予約用電話番号)			原則、当院で予定する予約枠までは、どなたでも受入れ可(予約受付 毎週水・金曜日 午後2時～午後5時)
国保綾里診療所 Tel 42-2132(予約用電話番号)			原則、当院で予定する予約枠までは、どなたでも受入れ可(予約受付 毎週火・木曜日 午後2時～午後5時)

予約申込方法は、次のとおりです(これまでと同様です)。日程は、別添をご覧ください。

前回接種を市民体育館で行った 65歳以上の方

「集団接種予約票」を同封しています
(予約申込は不要)

予約票には、接種日・時間帯などが記載されています。指定の日時に会場にお越しください。

〔変更を希望する場合〕

市新型コロナワクチン接種予約センター
(☎0192-22-8462)へ電話してください。

〔キャンセルする場合〕

集団接種を希望しない方は、キャンセルの手続き
をしてください。

予約票の指定日の1週間前までに市新型コロナ
ワクチン予約センター(☎0192-22-8462)へ連絡
をお願いします。

左記以外で、集団接種を希望する方

インターネット または 電話で
予約の申込みをしてください

予約方法は、下の「集団接種の予約方法」と別
添の「集団接種日程のお知らせ」をご覧ください。

なお、左記の予約票での指定を行っている都
会上、希望する日時に予約ができない場合があ
りますので、ご了承ください。

※なるべくかかりつけ医での個別接種をお勧めします。(個別接種の予約は、**2**ページをご覧ください。予約票が同封されていた方は上記のキャンセルもお願いします。)

集団接種の予約方法

予約受付は、6月1日(木)午前10時から開始します。(インターネット・電話共通)
「接種券番号」と「前回接種日からの接種間隔」を確認してから予約しましょう。

スマホ・パソコンで予約(推奨)

市新型コロナウイルスワクチン予約サイト

[URL] <https://jump.mrso.jp/032034/>
または下のQRコードからログイン



※インターネット予約では、前回接種
から3ヵ月以上経過した接種日から
予約することができます。

電話で予約

市新型コロナワクチン接種予約センター

☎0192-22-8462

受付時間 午前10時～午後5時(平日のみ)

※電話がつながりにくい場合は、時間をおいて
電話するようにご協力をお願いします。

他の予防接種との接種間隔について

- ① インフルエンザ予防接種の場合
接種間隔を空けなくてもよいとされています。詳しくは、接種を受ける医療機関とご相談ください。
- ② インフルエンザ以外の予防接種の場合
前後とも13日以上接種間隔を空ける必要があります。

12歳～15歳の接種について

12歳～15歳の方が集団接種で接種する際は、保護者の同伴が必要です。

また、予約票には保護者による接種同意の署名が必要であり、署名がない場合はワクチンの接種は受けられせん。

予防接種健康被害救済制度について

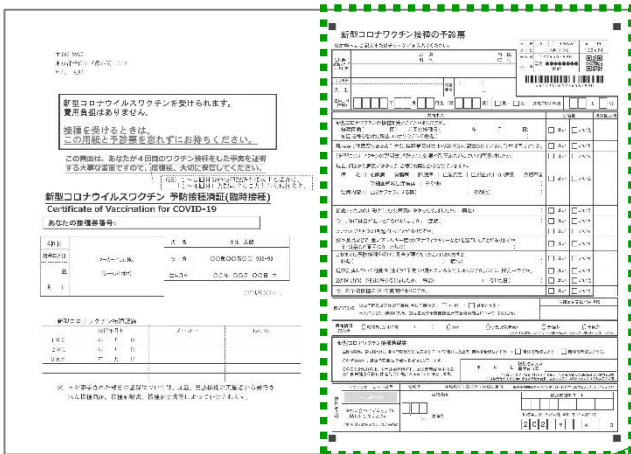
予防接種を受けた方に健康被害が生じた場合、その健康被害が接種を受けたことによるものであると厚生労働大臣が認定したときは、予防接種法に基づく救済(医療費、障害年金等の給付)が受けられます。

接種券付き予診票について

これまでと同様に、接種券と予診票が一体となった用紙を使用します

用紙中央に切り取り線が入っていますが、切り取らずに接種会場にお越しください。

用紙の左側には、住所・氏名、接種券番号のほか、これまでの接種記録が記載されています。また、接種後は、予防接種済証(接種証明書)として活用することができますので、接種後も大切に保管しましょう。



予診票の書き方

住所・氏名・生年月日・接種歴等は、あらかじめ印字しています。住所変更等、記載内容に誤りがある場合は、取り消し線(〇〇〇)を引き、余白部に記入願います。

体温は当日会場で測ります(記入不要)

どちらかに☑チェック漏れがないか確認しましょう

12~15歳は、保護者の自署
16歳以上は、本人又は保護者の自署

接種を希望する場合は☑

予診票は事前を書いておきましょう。ご協力をお願いします
記入は、ボールペンでもえんぴつでも構いません。
間違えた場合は、取り消し線を引き、書き直してください。

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☑を入れてください。

電話番号と年齢

道 県 ○○ 市 区 町 村

フリガナ
氏 名

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
新型コロナウイルスワクチンの接種を受けたことがありますか。 接種回数(回) 前回の接種日(年 月 日) 前回接種を受けた新型コロナウイルスワクチンの種類()	<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	
[新型コロナウイルスワクチンの説明書]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		医師署名又は記名押印
医療機関記入欄 時間外(受付時間) <input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> 夜間(夜間診療) <input type="checkbox"/> 予備① <input type="checkbox"/> 予備② <input type="checkbox"/>		
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 (※自署でない場合は代理人が署名し、代理人氏名及び被接種者との関係を記載。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 ※医療機関型コード・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 ※枠に合わせて貼り付けてください。 (注)有効期限が切れ		