

新型コロナウイルスワクチン接種について

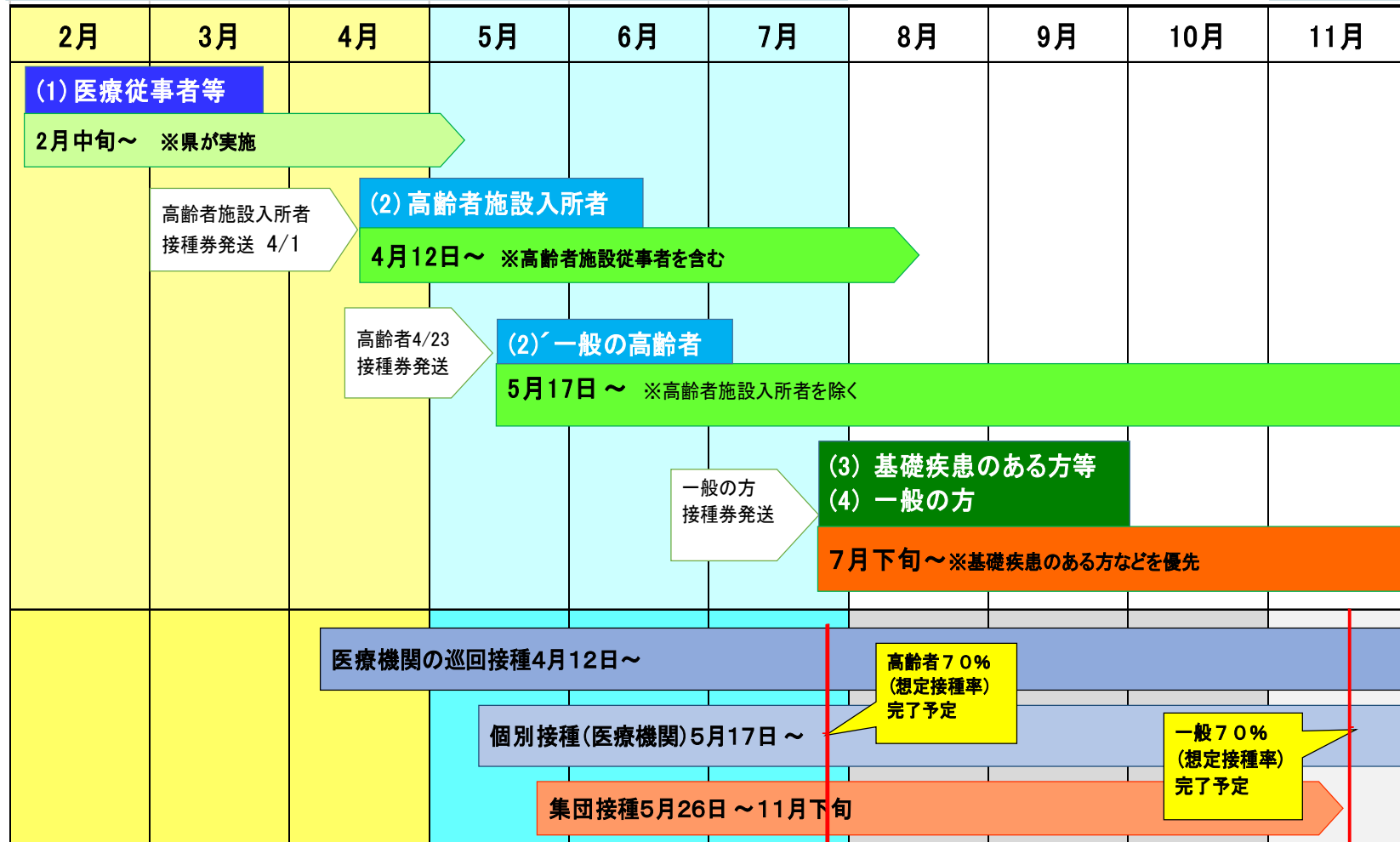
※この計画は、国・県からの通知等に基づき作成した**令和3年4月末日現在**のもので、今後、国からワクチン供給や接種等の**新たな情報等が通知された場合は、必要に応じて変更します。**

接種優先順位

- (1) 医療従事者等
- (2) 高齢者施設入所者と施設従事者
一般の高齢者(令和3年度中に65歳に達する方)
- (3) 高齢者以外で基礎疾患を有する方
高齢者入所施設以外の施設等従事者
60～64歳の方
- (4) 上記以外の方



ワクチン接種スケジュール



高齢者接種のながれ

自宅に接種券が届きます



4/23郵送

【封筒・接種券イメージ】



接種の予約をします **5/10(月)予約開始(先着順)**

個別接種 各医療機関へ電話

集団接種 越前市ワクチン接種予約受付案内センター



接種会場で接種します。

【持ち物】

- ①接種券
- ②身分証明書(保険証など)
- ③記入済み予診票(接種券に同封)



ワクチン接種 場所・開始予定時期

個別接種 市内33カ所の病院・診療所
5/17(月)より開始予定

集団接種 5/27(木)より開始予定

集団接種会場	定員/日	接種日
武生中央公園総合体育館 6/3開始予定	270人	毎週 木 土 PM1:30~PM4:30 毎週 日 AM9:00~AM12:00
市民プラザ たけふ	180人	毎週 木 日 PM1:30~PM4:30
あいぱーく今立	270人	毎週 木 日 PM1:30~PM4:30

接種当日の服装 持ち物

自宅で記入してお越しいただくとスムーズに接種が受けられます。

服装

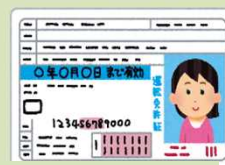
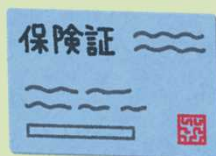


肩を出しやすい服装でお越してください。

〔半袖Tシャツなど〕

持ち物

①接種券



③身分証明書

②記入済みの 予約票

接種前の準備（予診票の記入）

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

※本枠内にご記入またはチェックを入れてください。

※注意に当たらず、お母に代って記入してください。

(クーポン貼付)

氏名
フリガナ
性別
生年月日
住所
電話番号
接種希望日
接種希望時間

接種希望日
接種希望時間

新型コロナウイルス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回目は 月 日、2回目は 月 日) はい いいえ

現時点で治療のある病気と、クーポン券に記載されている事前科は同じですか。 はい いいえ

「新型コロナウイルスの接種票」を選んで、適宜や副反応などについて説明しましたか。 はい いいえ

接種希望日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 高齢者施設等の医療従事者

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()

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



治療(投薬など)を受けている方は、**事前にかかりつけ医にご確認の上**、記入またはチェック✓をしてください。

※不明な方はお薬手帳をご持参ください

<p>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。</p> <p>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 type="checkbox"/>その他()</p> <p>治療内容：<input type="checkbox"/>血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/>その他()</p>	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<p>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。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

基礎疾患の範囲

1.以下の病気や状態の方で、通院／入院している方

- ・慢性の呼吸器の病気
- ・慢性の心臓病(高血圧を含む。)
- ・慢性の腎臓病
- ・慢性の肝臓病(肝硬変等)
- ・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
- ・血液の病気(ただし、鉄欠乏性貧血を除く。)
- ・免疫の機能が低下する病気(治療中の悪性腫瘍を含む。)
- ・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
- ・免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患
- ・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)
- ・染色体異常
- ・重症心身障害(重度の肢体不自由と重度の知的障害が重複した状態)
- ・睡眠時無呼吸症候群
- ・重い精神疾患(精神疾患の治療のため入院している、精神障害者保健福祉手帳を所持している、又は自立支援医療(精神通院医療)で「重度かつ継続」に該当する場合)や知的障害(療育手帳を所持している場合)

2.基準(BMI30以上)を満たす肥満の方

$$\text{体重(kg)} \div \text{身長(m)} \div \text{身長(m)} = 30 \text{以上}$$

市外で接種ができる方

- ・市外の医療機関や施設に入院または
入所中の方
- ・基礎疾患があり市外の医療機関で
治療中の方
- ・単身赴任、出産のため里帰りしている、
学生で遠隔地に下宿している、
などの理由により住まいが市外の方

高齢者接種（バス送迎希望者）のながれ

バス送迎期間は **6月～7月**

対象者：集団接種会場までの移動が困難な高齢者など

予約先：越前市ワクチン接種予約受付案内センター

地区ごとに6月と7月の2コースを設定します。（接種会場は地区ごとに指定）

例：Aコース 1回目：6月○日、2回目：6月◎日

Bコース 1回目：7月□日、2回目：7月□日

1. 予約センターに電話して希望するコースを選択し予約します。

2. **接種時間**と**バス乗車口**をお知らせする通知が届きます。

（通知は、接種日の1～2週間前頃に送付します）

3. 接種当日、乗車口に集合しバスで接種会場へ行き、

接種後同じバスに乗って帰ります。（添乗員同乗）



各種お問い合わせ先

項目	名称	電話番号
集団接種の 予約 接種のしかた など	越前市ワクチン接種予約受付 案内センター	TEL 0778-42-5501 FAX 0778-42-5516 9時～17時(平日・土)

項目	名称	電話番号
副反応など ワクチンに ついての 医学的な 相談	福井県新型コロナワクチン 接種相談センター	TEL 0776-20-2210 FAX 0776-20-0797 9時～17時 (土日・祝日も実施)
	厚生労働省新型コロナワクチン コールセンター	TEL 0120-761-770 9時～21時 (土日・祝日も実施)