

5歳から11歳のみなさまと保護者の方へ

新型コロナワクチン接種券をお送りします

※接種券は年齢ごとに順次送付しております

接種回数・間隔 3週間の間隔をおいて 2回接種

費用 無料

接種ワクチン ファイザー社製小児用ワクチン

※接種日時点で5歳～11歳の方が対象です。

注意! 小児用ワクチンは12歳の誕生日の前々日まで接種可能です。1回目と2回目で12歳のお誕生日をまたがないようご注意ください。

※ワクチン接種は強制ではありません。ご希望の場合のみご接種ください。

ワクチンの効果や副反応については、国からの情報があり次第、順次、市ホームページにてお知らせしますのでご確認ください。

<https://www.city.echizen.lg.jp/office/050/030/031/corona.html>



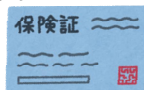
副反応など接種についての医学的な相談は

【福井県新型コロナワクチン接種相談センター】 TEL 0776-20-2210

【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

接種当日の持ち物

①お子さんの保険証など
身分証明書



②接種券



③予診票 (必ず記入してお持ちください)



④母子健康手帳



※肩を出しやすい服装で、保護者同伴にてお越しください。

注意! 新型コロナワクチンとそれ以外のワクチンを打つ場合の接種間隔は、2週間以上となります。



接種場所 事前に予約が必要です

市内医療機関の場合

接種可能な医療機関を、市ホームページで公開いたします。(2月下旬頃掲載予定)

集団接種の場合

接種日時や会場は、市ホームページで公開いたします。もしくは、越前市予約受付案内センターにお問い合わせください。(3月中旬頃掲載予定)

【越前市予約受付案内センター】

☎ 0778-42-5501 平日・土曜 9:00~17:00

FAX 0778-42-5516 (FAXで予約はできません。)

【ネット予約】 <https://jump.mrso.jp/182095/>



予診票記入の注意!

医師記入欄	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。 <input type="checkbox"/> 被接種者は6歳未満である(該当する場合は塗りつぶしてください)		
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>		
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		実施場所	医療機関等コード

※予診票の署名欄に、**保護者の氏名**を署名してください。
※接種を受ける時は、**保護者の同伴**でお願いします。

市外で接種ができる方

次のような事情のある方は、市外での接種が可能です。

- ・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
- ・学生で遠隔地に下宿している等の理由によりお住まいが市外の方

具体的な手続きや予約方法などは、実際にお住まいの市区町村にお問い合わせください。

【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
※BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)