

会 見 年 月 日	令和3年4月21日（水）
担 当 課	新型コロナウイルスワクチン接種対策室
問い合わせ先	電話番号：0791-48-7136 FAX 番号：0791-46-8705 (担当者名：松下・日笠)

65歳以上の新型コロナウイルスワクチン接種について

1. 趣 旨

新型コロナウイルスワクチンの接種実施については、介護老人保健施設など高齢者施設においてクラスター抑止を最優先とする観点などから、高齢者施設入所者等を優先して接種することとします。

その他の高齢者については、5月10日から予約受付開始、5月24日から接種開始を予定しています。接種券については、予約受付開始に間に合うよう4月22日から発送します。

2. 内 容

1. 高齢者施設入所者等へのワクチン接種について

(1) ワクチン供給日と供給量について

4月19日の週 1箱（975回分、接種可能人数487人（2回接種分のため）

4月26日の週 1箱（975回分、接種可能人数487人（2回接種分のため）

※ 974人分のワクチンが確保できる見通しである。

(2) ワクチン接種開始日について

ワクチンが届き次第、順次、接種を開始します。

（早ければ、4月23日（金）開始予定）

2. その他の高齢者へのワクチン接種について

別紙のとおり

その他の高齢者へのワクチン接種について

(1) 接種券の発送について

令和3年4月22日（木）から送付

※ 何らかの病気で治療中の人や、体調など接種に不安がある人が、事前にかかりつけ医等に相談し、ワクチン接種するかどうか考えたうえで、予約ができるよう、予約受付開始期間を設けました。

(2) 予約受付開始の時期について

令和3年5月10日（月）午前9時から開始（予定）

- ※ 予約には、接種券に記載されている「接種券番号」が必要となります。
- ※ 予約方法は、WEBや市公式LINEアカウントでの予約またはコールセンターへの電話予約のみとなります。医療機関等の窓口での予約受付はできません。
- ※ ワクチンの供給状況によっては、予約受付ができないことがあります。
- ※ 予約受付時に、かかりつけ医が赤穂市民病院・赤穂中央病院の人は、できる限り赤穂市民病院・赤穂中央病院をそれぞれ予約することをお考えください。
- ※ 予約完了後、ワクチン接種日程決定通知を送付します。

(3) ワクチン接種の開始時期について

令和3年5月24日（月）から開始（予定）

- ・赤穂すこやかセンター 平日 午後1時から午後3時（基本）
- ・赤穂市民病院 平日 午後2時から午後4時（基本）
- ・赤穂中央病院 平日 午後2時から午後4時（基本）

- ※ 事前に予約がないと、当日接種会場にお越しいただいても接種することはできません。
- ※ 接種会場については、ワクチンの供給状況によっては、1か所となる場合があります。
- ※ 予診票については、接種会場の混雑を避け、スムーズに接種を受けていただくために、必ず当日までに必要事項を記入してください。
- ※ 肩の近くに接種しますので、当日は、肩を出しやすい服装でお越しください。
- ※ 2回目の接種については、同一会場で、必ず1回目と同じワクチン接種を受けてください。
- ※ ワクチン接種には接種券が必要です。接種時に必要となりますので2回目の接種が終わるまで大切に保管してください。
- ※ 赤穂中央病院で接種する人は、病院駐車場が満杯の場合は「プラット赤穂」の駐車場をご利用ください。ご利用の人には、無料駐車券（2時間半分）を、接種後、赤穂中央病院にて配付します。

ご注意

予約受付にあたり、コールセンターへは電話が集中し、つながらないなど混乱が予想されます。インターネットを利用できる人は、できる限りWEBや市公式LINEアカウントでの予約をお願いします。

ワクチン接種を希望する全ての高齢者には、2回分のワクチンが確保されますので、市民の皆さまには、あわてることなく、予約をしてください。

見本

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。

年齢等により接種いただける時期が異なります。
ご自身の接種の時期が来るまで、こちらのクーポン券は大切にお持ちください。

接種券				診察したが生接種できない場合																					
券種	2	ワクチン接種	1	回目	券種	1	予診のみ	1	回目																
請求先	兵庫県赤穂市		282120		請求先	兵庫県赤穂市		282120																	
券番号	1234567918				券番号	1234567918																			
氏名					氏名																				
 212821201234567918					 112821201234567918																				
券種	2	ワクチン接種	2	回目	券種	1	予診のみ	2	回目																
請求先	兵庫県赤穂市		282120		請求先	兵庫県赤穂市		282120																	
券番号	1234567918				券番号	1234567918																			
氏名					氏名																				
 222821201234567918					 122821201234567918																				
<p>接種を受ける方へ</p> <ul style="list-style-type: none"> ●シールは剥がさずに、台紙ごと接種場所へお持ちください。 ●右側の予防接種済証は接種が終わった後も大切に保管してください。 																									
<p>新型コロナウイルスワクチン 予防接種済証 (臨時) Certificate of Vaccine for COVID-19</p> <table border="1"> <tr> <td>1回目</td> <td rowspan="4">メーカー／Lot No. (シール貼付け)</td> </tr> <tr> <td>接種年月日</td> </tr> <tr> <td>2021年 月 日</td> </tr> <tr> <td>接種場所</td> </tr> <tr> <td>2回目</td> <td rowspan="4">メーカー／Lot No. (シール貼付け)</td> </tr> <tr> <td>接種年月日</td> </tr> <tr> <td>2021年 月 日</td> </tr> <tr> <td>接種場所</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">兵庫県赤穂市長 牟禮 正稔</p>										1回目	メーカー／Lot No. (シール貼付け)	接種年月日	2021年 月 日	接種場所	2回目	メーカー／Lot No. (シール貼付け)	接種年月日	2021年 月 日	接種場所	氏名		住所		生年月日	
1回目	メーカー／Lot No. (シール貼付け)																								
接種年月日																									
2021年 月 日																									
接種場所																									
2回目	メーカー／Lot No. (シール貼付け)																								
接種年月日																									
2021年 月 日																									
接種場所																									
氏名																									
住所																									
生年月日																									

【65歳以上の高齢者向け】 新型コロナウイルス ワクチン接種のお知らせ

接種費用
無料
(全額公費)

5月中旬以降、ワクチン接種が始まります。

対象となる人の氏名が同封の接種券に記載されています。ご予約の上、ワクチン接種を受けてください。

※今回は、令和3年度中に65歳以上に達する人（昭和32年4月1日以前に生まれた人）へのご案内です。それ以外の人へは、今後のワクチン供給量に応じて個別にご案内を送付します。

※ワクチン接種は強制ではなく、自らの意思で希望する場合、受けられます。ご本人の意思確認が難しい場合は、ご家族やかかりつけ医の協力により意思確認をすることもできます。

ワクチン接種までの流れ

1 ワクチン接種の予約をしてください。

予約開始日等ワクチン接種の日程については、市ホームページ等でお知らせします。接種いただくためには、必ず、事前にワクチン接種の予約が必要です。

◎集団接種会場

◎集団接種会場			予約控え	
	会場	住所	日付	
1	赤穂すこやかセンター	赤穂市南野中321	接種会場	
2	赤穂市民病院	赤穂市中広1090		
3	赤穂中央病院	赤穂市惣門町52-6		

・ご希望の接種日時と接種会場を予約してください。

(予約完了後、ワクチン接種日程決定通知を送付します。)

・ご予約の際は、接種券に記載の接種券番号と生年月日を西暦でご用意ください。

※2回目の接種は1回目の接種から3週間後になります。日程を考慮してご予約ください。

※いずれの予約方法も代理予約が可能です。

LINEで予約



スマートフォンで右のQRコードを読み込み友だち登録し予約画面へ



WEBで予約



<https://vc.liny.jp/1173>
パソコンでURLにアクセスし予約画面へ

電話で予約



赤穂市新型コロナウイルスワクチン接種
コールセンター

電話番号：0120-704-707

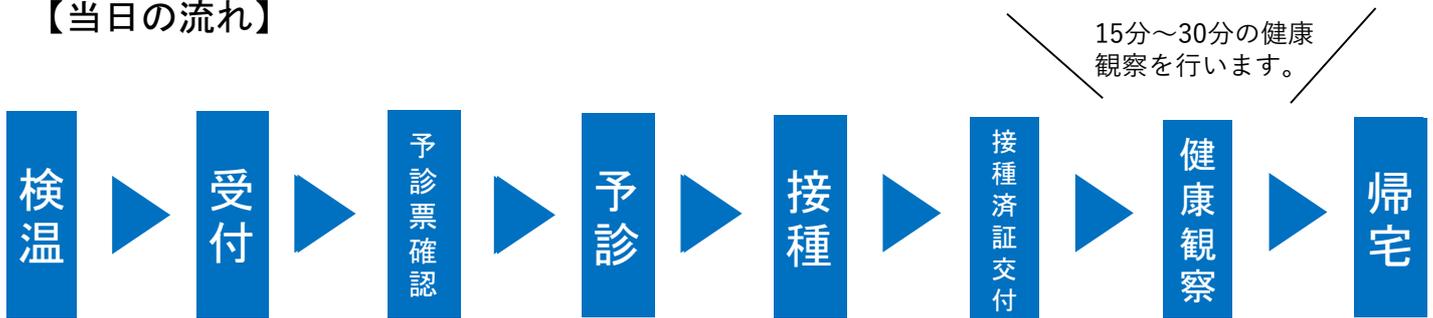
(開設時間 9:00~17:00 土日祝日を含む)

FAX番号：079-226-2087

② 当日、ワクチン接種を受けてください。

持ち物をご確認の上、予約した集団接種会場でワクチン接種を受けてください。

【当日の流れ】



当日の持ち物

- ・接種券(このお知らせに同封されています)
- ・予診票(このお知らせに同封されています)
- ・本人確認書類(マイナンバーカード、運転免許証等)
- ・お薬手帳(お持ちの人)



※ 当日の間診で異常が見られる場合や、体調が悪い場合などは接種できません。

※ 新型コロナウイルスワクチンとその他のワクチンは、互いに片方のワクチンを受けてから2週間後に接種できます。

※ 同封された接種券は離さず、台紙ごとお持ちください。

※ 交付された接種済証は2回目の接種にも必要となりますので、**忘れずに保管**してください。

※ 肩の部分に注射を行いますので、当日は肩を出しやすい服装でお越しください。

◎ 赤穂市(住所地) 以外での接種について

- ・入院・入所中の医療機関や施設でワクチン接種される人 → 医療機関や施設でご相談ください。
- ・基礎疾患で治療中の医療機関でワクチン接種される人 → 医療機関でご相談ください。
- ・お住まいが住所地と異なる人 → 実際に住まいの地域でワクチン接種ができる場合があります。
下記の赤穂市新型コロナウイルスワクチン接種対策室にご相談ください。

【重要】ワクチン接種には、ご本人の同意が必要です

現在、何かの病気で治療中の方や体調など、接種に不安がある方は事前にかかりつけ医等と相談した上で、ワクチン接種するかどうかお考えください。

また、過去にアナフィラキシー症状があった人は、必ず、事前に接種の可否について、かかりつけ医等にご相談ください。

新型コロナウイルスワクチンの有効性・安全性などの詳しい情報については、[首相官邸ワクチン特設ページ](#)をご覧ください。

官邸 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、下記までお問い合わせください。

【問い合わせ先】

赤穂市新型コロナウイルスワクチン接種コールセンター

電話番号：0120-704-707

(開設時間 9:00～17:00 土日祝日を含む)

FAX番号：079-226-2087

赤穂市新型コロナウイルスワクチン接種対策室

電話番号：0791-48-7136

(月～金曜日 8:30～17:15 祝日除く)

FAX番号：0791-46-8705

メールアドレス：hoken@city.ako.lg.jp

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。

※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

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

(クーポン貼付)

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	
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。	<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	. 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	

予診票の書き方

太枠内をあらかじめ、ご記入のうえ持参してください。

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

※太枠内に記入またはシールを貼ってください

※太枠に合わせ、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	兵庫 都 道 赤穂 市 区 町 村 府 県 町 村 加里屋 8 1 番地	
フリガナ	氏 名	電話 番 号
	赤穂 太郎	() -
生年月日 (西暦)	1 9 5 3 年 0 5 月 2 3 日生 (満	6 7 歳) <input checked="" type="checkbox"/> 男 · <input type="checkbox"/> 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 checked="" 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 checked="" 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 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ	
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。	<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 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 checked="" 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	
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	
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。		

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。(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。

3 年 5 月 1 5 日 被接種者自署 赤穂 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続柄を記載)
(※被接種者が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	シール貼付位置 ※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	接種量 ml	実施場所 医師名	医療機関等コード 接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日 2 0 2 年 月 日
-------	---	-----------	-------------	--