

65歳以上の方(※)の新型コロナウイルス感染症予防接種について

(※60歳から64歳で一定の障がいや有する方(下記対象者に掲げる方)を含む。)

新型コロナウイルス感染症予防接種を受ける前に必ずお読みください

対象者	①鳥取市民で、65歳以上の方(接種当日に65歳に達している方) ②鳥取市民で、60歳以上65歳未満の方のうち、心臓、腎臓、呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障がいや有する者として厚生労働省令で定める方(各障がいについて身体障害者手帳1級を有し、または障がいの程度が1級と同程度と証明できる方)
接種期間	令和6年10月1日～令和7年1月31日(医療機関の休診日を除く。)
接種回数	1回
接種場所	鳥取県東部地区・中部地区の実施医療機関(要予約) ※かかりつけ医またはご希望の医療機関にお問い合わせください。
自己負担金	市民税課税者と同一世帯員の方: 2,100円(本人が市民税課税者である場合を含む。) 世帯員全員が市民税非課税である方: 700円 鳥取市の認定する生活保護世帯に属する方及び中国残留邦人の方: 無料 ※世帯員全員が市民税非課税の方で接種券に記載の自己負担金が2,100円になっている方は、申請により自己負担金を減額することができます。詳細は保健所保健医療課にお問い合わせください。
医療機関に持参する物	鳥取市がお送りする接種券付き予診票、自己負担金 なお、接種期間中に65歳又は60歳に達する方は、65歳又は60歳の誕生日の前日以降でなければ、この通知による接種は受けられません。

注意事項

- 予防接種法に基づく新型コロナウイルス感染症の予防接種は義務ではなく、希望される方に行うものです。
この説明書をよくお読みいただき、予防接種の効果や副反応の可能性などをご理解のうえ、本人が接種を希望される場合にお受けください。
気にかかることや分からないことがあれば、予防接種を受ける前に担当の医師や看護師、お問い合わせ先にお尋ねください。
十分に納得できない場合には、接種を受けないでください。
- 上記期間以外は、任意接種となります(市の助成の対象となりません。)ので、ご注意ください。
- 予防接種を受けて新型コロナウイルス感染症に対する抵抗力が、つくまで1～2週間程度かかります。
- 接種するワクチンは、「オミクロン株JN.1系統及びその下位系統へのより高い中和抗体を誘導する抗原を含むこと」に対応するワクチンです。

新型コロナウイルス感染症とは

新型コロナウイルス感染症は、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。

新型コロナウイルス感染症を予防するために

新型コロナウイルス感染症は、新型コロナウイルス感染症にかかっている人のせき、くしゃみなどで空気中に放出されたウイルスを吸うことによつて感染します。外出時は、マスクを、人込みを避けましょう。帰宅後は、うがい・手洗いをしましょう。

予防接種の有効性

ワクチン接種を受けると、感染した場合の入院や死亡などの重症化を予防する効果が認められたと報告されています。

予防接種を受けることができない人

- 明らかに発熱(体温が37.5℃以上)のある人
- 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
- 新型コロナウイルス感染症ワクチンに含まれる成分によって、アナフィラキシーショックを起こしたことが明らかな人

お問い合わせ先

- 鳥取市保健所保健医療課 予防接種推進係
鳥取市富安二丁目138-4(駅南庁舎1階②窓口) 電話 0857-30-8640
- 鳥取東保健センター、各総合支所市民福祉課

- その他、医師が不適当な状態と判断した場合

予防接種を受ける際に、担当医師とよく相談しなければならない人

- 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患等の基礎疾患を有する人
- 過去にけいれんの既往のある人
- 過去に免疫不全の診断がされている人及び近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
- 抗凝固療法を受けている人、血小小板減少症または凝固障害のある人
- 接種しようとする接種液の成分に対してアレルギーを呈するおそれのある人
- 今までに予防接種を受けたとき、2日以内に発熱、発疹(ぼっしん)、じんましんなどアレルギーを疑う異常が見られた人

その他

- 実施時期は鳥取市が定めて実施し、通知は住民基本台帳に基づいて行います。
- 接種医の説明を十分聞いた上で本人が接種を希望しない場合、家族やかかりつけ医の協力を得ても本人の意思の確認ができなかったために接種をしなかった場合、当日の身体状況等により接種をしなかった場合等においては、その後、新型コロナウイルス感染症に罹患、あるいは罹患したことによる重症化、死亡が発生しても、担当した医師にその責任を求めことはできません。
- 予防接種の後、まれに副反応が起ることがあります。また、予防接種と同時に、他の病気がたまたま重なって現れることがあります。
予防接種を受けた後、接種した部位が痛みや熱をもってひどく腫れたり、全身のじんましん、繰り返す嘔吐、顔色の悪さ、低血圧、高熱などが現れたら、必ず医師(医療機関)の診療を受けてください。
- 極めてまれに、定期の予防接種を受けたことにより病気が障がい、死など健康被害が起ることがあります。厚生労働大臣が予防接種法に基づく予防接種によるものと認定した場合は、予防接種健康被害救済給付の対象となります。

令和6年度

新型コロナウイルス感染症予防接種の接種券付き予診票

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください

住民票に記載されている住所	※接種日時時点で住民票が鳥取市にない方は、この接種券付き予診票は使用できません。 ※鳥取市内で転居された方、氏名変更をされた方は、変更箇所にて二重線を引き、余白に変更後の住所や氏名をご記入ください。		
フリガナ	ダヤス ジロウ	電話番号	日中連絡のとれる電話番号を記入
氏名	富安 二郎	フリガナを記入	
生年月日(西暦)	××××年××月××日生(満)	65歳	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 診察前の体温 36度5分

記入例

赤い枠で閉んでいる部分を黒のボールペンであらかじめ記入して接種場所にお持ちください。

質問事項	回答欄	医師記入欄
今日の新型コロナウイルス感染症の予防接種について説明書を読みましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日の予防接種の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いますか。 病名() 治療(投薬など)を受けていますか。 その病気の主治医には、今日の予防接種を受け	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <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。 具合の悪い症状()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
薬や食品で、皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことはありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
新型コロナウイルス感染症の予防接種を受けたことがありますか。 ①その際に具合が悪くなったことはありますか。 ②新型コロナウイルス感染症以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。 ()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <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	
1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
心臓病・腎臓病・肝臓病() 病名() その病気を診てもらった	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかたりしましたか。 病名()	<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	

新型コロナウイルス感染症予防接種希望書

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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。 ※記入例) 10月1日→10月01日 同意日 2020年 00月 00日	被接種者自署	富安 二郎
	代筆者署名	続柄

同意した日付(接種する日)を記入
本人に対して、接種の効果、副反応及び予防接種健康について、説明した。

医師記入欄	ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所	実施場所・医師名
	シール貼付位置	ml	医師名	
	※枠に合わせてまっすぐに貼付(注)有効期限が切れていないか確認			
	接種年月日			
	2020年 00月 00日			

接種する本人が署名する場合は、代筆者署名は記入しない。
本人が署名できないときは、代筆者が接種者と代筆者の氏名を記入