

令和7年度 新型コロナウイルス感染症予防接種（説明書）

1. 目的

新型コロナウイルス感染症の発症予防や重症化防止のための予防接種です。

2. 効力

新型コロナウイルスによる感染症(Covid-19)が発症すると、熱や咳といった風邪によく似た症状がみられ、呼吸困難や肺炎など重症化する可能性があります。

ワクチン接種により、ウイルスに対する免疫を獲得し、新型コロナウイルス感染症の発症や重症化を防止することができます。

3. 実施期間

令和7年10月1日（水） ～ 令和8年1月31日（土）

4. 対象者

宇治市の住民で、接種日に以下の①または②に該当する人

①65歳以上の人

②60歳以上65歳未満の人で、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身の辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障がいや有する人及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障がいや有する人
（概ね身体障害者障害程度等級1級に相当）

5. 接種回数・接種間隔

- ・1回（過去の接種歴に関わらず、期間中に1回のみ接種が可能）
- ・前回の新型コロナワクチン接種から少なくとも3か月（ヌバキソビッド筋注については、6か月）経過してから接種

6. 接種ができない人

以下の①～④に該当する人は接種を受けることができません。該当すると思われる場合は、必ず接種前の診察時に医師へ伝えてください。

①接種当日に37.5℃以上の熱がある人

②重篤な急性疾患にかかっている人

③過去に新型コロナワクチンの成分により呼吸困難・じんましん等のアナフィラキシーショック（接種後30分以内に起こるひどいアレルギー反応）を起こしたことがある人

④その他、予防接種を受けることが不適当な状態にある人

7. 接種後の注意事項

- ・予防接種を受けた後、しばらくの間（過去に重いアレルギー症状や失神を起こしたり、気分が悪くなったりした人は30分以上）、接種を受けた施設で待機してください。
- ・接種後、体調に異常を感じた場合は、速やかに医師に連絡してください。
- ・体調が優れない場合を除き、当日の入浴はさしつかえありませんが、注射した部分は擦らず、清潔に保ってください。
- ・接種後24時間は、過激な運動・大量の飲酒は避けてください。

裏面に続く

8. 接種後副反応

- ・注射した部位が赤みを帯びたり、はれたり、痛んだりすることがありますが、2～3日のうちに治ります。
- ・発熱や、寒気、頭痛、筋肉や関節の痛み、全身のだるさなどがみられることもありますが、通常2～3日のうちに治ります。
- ・稀に起こる重大な副反応としては、ショックやじんましん、呼吸困難等があらわれることがあります。ほとんどは接種後、30分以内に生じます。
- ・ごく稀ではあるものの、心筋炎や心膜炎を疑う事例が報告されています。接種後、数日以内に胸の痛みや、動悸、息切れ、むくみ等の症状が現れた場合は、直ちに医療機関を受診してください。

9. 他の予防接種との接種間隔

- ・定期接種実施要領の改正（令和2年10月1日から）に伴い、異なるワクチン（不活化ワクチン、経口生ワクチン）の接種間隔制限がなくなりました。
※注射生ワクチン同士の接種間隔は、以前と同じく27日間以上のままです。
- ・2種類以上（不活化ワクチン、生ワクチン）の予防接種を同時に同一接種対象者に対して行う同時接種は、医師が特に必要と認め、被接種者本人も希望した場合に限ります。

10. 予防接種健康被害救済制度

この予防接種は、新型コロナウイルス感染症の発症予防や重症化防止に有効ですが、前述のとおり、まれに重大な副反応が現れ、身体に害をもたらすことがあります。

このような健康被害と新型コロナウイルス感染症予防接種との間に因果関係があると厚生労働大臣が認定した場合には、「予防接種健康被害救済制度」による給付を受けることができます。詳しくは、厚生労働省ホームページをご覧ください。

なお、申請手続等については、宇治市にお問い合わせください。

<厚生労働省ホームページ>

「予防接種健康被害救済制度について」

予防接種 健康被害



<お問い合わせ先>

- ・各接種医療機関
- ・宇治市健康づくり推進課

電話 20-8793

11. その他

予診票については、医療機関から宇治市に送付されます。予めご了承ください。

新型コロナウイルス感染症予防接種予診票

- 自己負担金免除者
(事前に市町の窓口で予診票発行)
① 生活保護世帯の人
② 市町民税非課税世帯の人
③ 中国残留邦人等支援給付世帯の人

太枠の中を必ずボールペン(黒又は青)等の字が消えないもので記入してください。

住民票のある 住 所	診察前の体温	度
フリガナ	電話番号	-
氏 名	男 ・ 女	
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 西暦	年 月 日生 (満 歳)

新型コロナウイルス感染症予防接種は期間中一回だけ受けられます。 二回目以降は全額自己負担となります。	今日の新型コロナウイルス感染症予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか。	はい	いいえ	医師記入欄
	今日の予防接種の効果や副反応や健康被害救済制度などについて理解しましたか。	はい	いいえ	
	現在、病気にかかっていますか。 病名()	はい	いいえ	
	治療(投薬など)を受けていますか。	はい	いいえ	
	その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい	いいえ	
	免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
	今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい	いいえ	
	具合の悪い症状を書いてください。()	はい	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がありますか。	はい	いいえ	
	新型コロナウイルス感染症予防接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
	①その際に具合が悪くなったことはありますか。	はい	いいえ	
	②新型コロナウイルス感染症予防接種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。	はい	いいえ	
	けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
	1か月以内に予防接種を受けましたか。 いつ(月 日)	はい	いいえ	

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能 ・ 見合わせる) 予防接種の効果、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。			
医師署名又は記名押印 (印)				
新型コロナワクチン LotNo.	接種量	接種年月日	時間	実施場所・医師名
	筋肉内接種		午前 時 分	医療法人 医仁会 武田総合病院
※有効期限要確認	ml		午後	

新型コロナウイルス感染症予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください)
医師の診察・説明を受け、新型コロナウイルス感染症の予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性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、予防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。

年 月 日 被接種者氏名(自署) _____

(代筆の場合は 被接種者氏名 _____ 代筆者氏名 _____ 続柄 _____ を書いてください)

(本人保管用)

新型コロナウイルス感染症予防接種記録証

住所

氏名

年 月 日生

予防接種を行った年月日

年 月 日 (住民票のある市町)

宇治市

ロット番号

医療機関名 医療法人 医仁会 武田総合病院

接種医師名

印

※この記録証はマイナ保険証等と一緒に大切に保管してください