

見 本

旭 市

受診日

西暦

年

月

日

診察前の体温

度

分

| 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市から配られている説明書を読みましたか                                                                                                                                        | いいえ             | はい               |
| 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                                                                                                                                                        | いいえ             | はい               |
| 現在、何か病気にかかっていますか（ <b>高血圧など、定期的に薬を処方されている病気も含む</b> ）<br>病名（ ）                                                                                                                       | はい              | いいえ              |
| 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか<br>病名（ ）                                                                                                                                      | はい              | いいえ              |
| 治療（投薬など）を受けていますか<br>【上記質問に“はい”と回答した場合】                                                                                                                                             | はい              | 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                                                                                                                                              | いいえ             | はい               |
| 今日、体に具合の悪いところがありますか<br>具合の悪い症状を書いてください（ ）                                                                                                                                          | はい              | いいえ              |
| 最近 1 か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか<br>病名（診断名）（ ）                                                                                                                                        | はい              | いいえ              |
| ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか 最後のけいれんは（ ）歳頃                                                                                                                                              | 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              |
| 薬や食べ物で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<br>（ ）歳頃 薬品・食品名（ ） 症状（ ）                                                                                                                     | はい              | いいえ              |
| 1 か月以内に予防接種を受けましたか<br>予防接種を受けた日と種類 （ 月 日 ）                                                                                                                                         | はい              | 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<br>① その際に具合が悪くなったことはありますか<br>② <b>新型コロナウイルス感染症以外の予防接種を受けた際に具合が悪くなったことはありますか</b><br>予防接種の種類（ ）                                                        | いいえ<br>はい<br>はい | はい<br>いいえ<br>いいえ |
| 今日の予防接種について質問がありますか<br>質問（ ）                                                                                                                                                       | はい              | いいえ              |
| <div>医師記入欄</div> <div>以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（ <b>実施できる</b> ・ <b>見合わせる</b> ）と判断します。<br/>見合わせた場合の理由（ ）<br/>本人に対して、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、説明をしました。<br/>医師の自筆署名又は記名押印_____</div> |                 |                  |

新型コロナウイルス感染症予防接種希望書

※カッコの中のどちらかを○で囲んでください。

・医師の診察・説明を受け、予防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（ **希望します** ・ **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、本予診票が市に提出されることに同意します。**接種を受ける者の自筆署名**

・被接種者が自署できない場合は、代筆者が被接種者氏名を記入し、さらに代筆者の氏名及び被接種者との続柄を記入してください。**代筆者氏名**（**続柄**）

| 使用ワクチン名    | 接 種 量              | 実施場所・医師名・接種年月日  |
|------------|--------------------|-----------------|
| ワクチン名      | <b>筋肉内注射</b><br>mL | 実 施 場 所：        |
| Lot No.    |                    | 医 師 名：          |
| 有効期限 年 月 日 |                    | 接種年月日： 西暦 年 月 日 |

新型コロナウイルス感染症予防接種済証

接種年月日

Lot No

接種医療機関

住所 旭市

氏名 生年月日

令和7年度 旭市長

●ご自身で住所、氏名、生年月日等を記入し、保管しておきましょう。

【新型コロナウイルス感染症定期予防接種助成金額は、5,000円】です。  
医療機関設定金額から5,000円を差し引いた金額をお支払いください。

令和7年度  
旭 市

新型コロナウイルス感染症定期予防接種のお知らせ

令和6年度から新型コロナワクチンの接種は、予防接種法上のB類疾病に位置付けられ、高齢者等  
に実施しているインフルエンザ予防接種と同様の「定期接種」として実施されています。

**また、令和7年度は国の助成事業が終了し、市の助成のみとなったため、自己負担額が変更となります。（※旭市では、接種費用の一部5,000円を助成します。）**

ワクチン接種は強制ではありません。接種を希望される方は下記を参考にご検討ください。

- 記
- 1 対 象

旭市民で以下のいずれかに該当する方  
(1) 65歳以上の方（65歳誕生日の前日から対象です。）  
(2) 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り免疫の機能に障がい  
を有し、身体障害者手帳1級の認定を受けた方
- 2 接 種 回 数

1 回
- 3 接 種 期 間

**令和7年10月1日～令和8年3月31日（休診日を除く）**  
※インフルエンザ予防接種とは接種期間が異なります。
- 4 持参する物

**同封の予診票** ※事前に記入が必要です。**必ず、旭市の予診票をお持ちください。**  
**接種費用**  
**本人確認書類** ※マイナ保険証、資格確認書、運転免許証等  
※予診票の再発行（紛失された場合等）は、旭市健康づくり課窓口へお越しください。
- 5 接種料金と助成額

(1)接種料金

・各医療機関で接種料金が異なります。  
・助成額（5,000円）との**差額が自己負担**となります。  
・体調不良などで接種当日見合わせとなった場合には、診察料を徴収されることがありますので、必ず体調のよい日に受けましょう。

(2)助 成 額

・ **1人5,000円を助成します。**  
・生活保護受給者は全額を助成しますので、接種時に生活保護受給証明書等を提示し申し出てください。（受給者であることを確認できる書類等がなければ、全額助成はできません）
- 6 接 種 場 所

**接種実施医療機関（裏面をご覧ください）**で接種を受けてください。  
※予約が必要な場合があります。必ず事前に医療機関へお問い合わせください。  
※千葉県内定期予防接種相互乗り入れについて  
裏面の実施医療機関以外にかかりつけ医がある場合や、やむを得ない事情により実施医療機関で予防接種を受けることが困難な場合、千葉県内定期予防接種相互乗り入れ協力医療機関でも接種が受けられる制度です。

新型コロナウイルス感染症定期予防接種実施医療機関は裏面をご覧ください。

## 新型コロナウイルス感染症予防接種の注意事項

よく読んでから接種を受けてください。

### 【接種を受ける前】

- ① 事前にこの通知をよくお読みください。不明な点は問い合わせください。
- ② 体調の良い時に受けてください。  
\*感染予防を心がけ体調を整えるようにしましょう。  
医療機関受診時のマスクの着用と普段からの手洗い、手指消毒などの基本的な感染対策が有効です。
- ③ 日ごろ病気などで病院にかかっている方、健康に関して心配がある方は、必ず主治医に相談してください。
- ④ 接種当日、明らかに発熱している方（37.5度以上）、重篤な急性疾患にかかっている方、過去にこのワクチンの接種で重度の過敏症があった方、その他医師が予防接種を受けることが不適当とする方は接種を受けることができません。
- ⑤ アレルギーのある方は、接種前に必ず医師に相談してください。

### 【接種を受けた後】

- ① 接種後は、健康状態によく気を付けてください。接種部位の異常な反応や体調の変化、高熱、けいれんなどの異常を感じた場合は、すぐに医師の診察を受けてください。
- ② 接種後にショック（冷汗が出る、めまい、顔面蒼白、手足が冷たくなる、意識の消失）、アナフィラキシー（全身のかゆみ、じんま疹、喉のかゆみ、ふらつき、動悸、息苦しい）が起こることがあります。また、注射による心因性反応も含む血管迷走神経反射として失神があらわれることもあります。ショック、アナフィラキシーの症状出現や失神による転倒を避けるためにも、接種後一定時間は接種施設にてお座りになり待機してください。
- ③ 心筋炎、心膜炎が疑われる症状（胸の痛み、動悸、むくみ、呼吸困難など）があらわれた場合には、すぐに医師の診察を受けてください。
- ④ ギラン・バレー症候群が疑われる症状（両側の手や足に力が入らない、歩行時につまずく、物が二重に見えるなど）があらわれた場合は、ただちに医師などに相談してください。
- ⑤ 他の医療機関を受診したり、他のワクチンを接種したりする場合は、必ず新型コロナワクチンを接種したことを医師または薬剤師に伝えてください。
- ⑥ 接種当日は、体調に変化がなければいつもどおりの生活をしてかまいません。ただし、激しい運動（水泳、ジョギングなど）や大量飲酒は避けてください。入浴時は注射部位をこすらないでください。

## その他の予防接種との接種間隔について

インフルエンザ予防接種やその他の予防接種との接種間隔の制限はありません。

### 副反応について

#### 【重い副反応】

- ① ショック、アナフィラキシー様症状
- ② 心筋炎、心膜炎

#### 【その他の副反応】

- ① 局所症状（接種部位）：痛み・腫れ・発赤などを認めることがあるが、通常数日中に消失する。
- ② 全身症状：頭痛・悪寒・発熱・倦怠感などを認めることがあるが、通常数日中に消失する。



## 健康被害救済制度について

予防接種にて健康被害（重篤な副反応で障害が残った場合など）が発生し、因果関係が認められた場合、予防接種法に基づく「予防接種健康被害救済制度」の補償が適応されます。給付の対象となる健康被害は、厚生労働大臣が予防接種との因果関係を認定したものに限ります。

《問い合わせ先》 旭市健康づくり課 健康支援班 ☎0479-63-8766

## 新型コロナウイルス感染症定期予防接種 実施医療機関一覧

- ◇予約が必要な場合やワクチンの供給量等の事情により接種が受けられない場合があります。
- ◇医療機関により、使用するワクチンのメーカー、自己負担額が異なる場合があります。  
必ず、事前に医療機関へお問い合わせください。
- ◇開始日や終了日は、各医療機関で異なる場合があります。
- ◇実施医療機関は、変更になる場合もありますので、ご了承ください。

| 市町名  | 医療機関名称        | 医療機関住所           | 電話番号          | 備考         |
|------|---------------|------------------|---------------|------------|
| 旭市   | 青葉クリニック       | 旭市ニの 2112        | 0479-60-5005  |            |
|      | 旭かいわクリニック     | 旭市萩園 1902-3      | 0479-57-1151  |            |
|      | 旭中央病院         | 旭市イの 1326        | 0479-63-8111  |            |
|      | 穴沢医院          | 旭市萬歳 1860-3      | 0479-68-2003  |            |
|      | 飯倉医院          | 旭市新町 333         | 0479-63-1515  |            |
|      | 樹クリニック        | 旭市ロの 1535-1      | 0479-62-6878  |            |
|      | うちの脳神経外科クリニック | 旭市イの 2074-1      | 0479-62-5522  |            |
|      | 江畑医院          | 旭市蛇園 2532-3      | 0479-55-3110  |            |
|      | 田辺病院          | 旭市ロの 818-2       | 0479-62-0016  |            |
|      | 富岡クリニック       | 旭市ニの 2773-1      | 0479-74-8081  | 令和8年1月から実施 |
|      | 野口在宅クリニック     | 旭市ニの 1834-1      | 0479-74-3668  |            |
|      | 浜医院           | 旭市江ヶ崎 1654-35    | 0479-63-2331  | 令和8年1月から実施 |
|      | ゆうきクリニック      | 旭市後草 3288-4      | 0479-50-2555  | 令和8年1月から実施 |
| 匝瑳市  | ラビケアクリニック     | 旭市ニの 1254-1      | 050-3645-3810 |            |
|      | 石井医院          | 匝瑳市八日市場ハ 574-2   | 0479-73-2150  |            |
|      | 小川内科          | 匝瑳市八日市場イ 2783    | 0479-73-2658  |            |
|      | 九十九里ホーム病院     | 匝瑳市飯倉 21         | 0479-72-1131  |            |
|      | 佐藤クリニック       | 匝瑳市八日市場イ 2735-4  | 0479-73-5567  |            |
|      | さとう整形外科       | 匝瑳市八日市場イ 49-2    | 0479-73-2891  |            |
|      | 椎名医院          | 匝瑳市八日市場イ 2943    | 0479-72-0032  |            |
|      | 匝瑳市民病院        | 匝瑳市八日市場イ 1304    | 0479-72-1525  |            |
|      | 福島医院          | 匝瑳市八日市場イ 202-1   | 0479-72-0175  |            |
|      | 増田産婦人科        | 匝瑳市八日市場イ 2837    | 0479-73-1100  |            |
| 横芝光町 | 守医院           | 匝瑳市椿 1268        | 0479-73-5511  |            |
|      | 越川医院          | 山武郡横芝光町宮川 2380-1 | 0479-84-0103  |            |
|      | 東陽病院          | 山武郡横芝光町宮川 12100  | 0479-84-1335  |            |

- ※掲載以外の千葉県内定期予防接種相互乗り入れ協力医療機関については、直接、医療機関へお問い合わせください。
- ※掲載医療機関及び千葉県内定期予防接種相互乗り入れ協力医療機関以外での接種を予定している方は、事前に健康づくり課（63-8766）へご連絡ください。