

接種者持参確認リスト

- 接種券（自治体が発行）
- 予診票（自治体が発行）
- 本人確認書類（運転免許証、被保険者証等）
- お薬手帳等（予診時の服薬確認のため）

※住民票所在地外の接種者の場合（※西諸管内の住民票所在の方は不要）

- 住所地外接種届出済証（自治体が発行）

予診

- 接種を行う前に、接種希望者が持参した「**予診票**」を確認します。
- 問診・検温・必要な診察を行い、**予防接種を受けることが適当でない者又は予防接種の判断を行うに際して注意を要する者に該当するか否かを調べます。**

予診票

予診票(2回分)は接種券と同時に郵送します。

※接種不適当者や
予防接種要注意者は
医療機関向け手引き
(2.0版)45頁参照

※予診の結果、接種を
行わなかった場合は、
医療機関向け手引き
(2.0版)46・47頁参照

予診票様式は
医療機関向け手引き
(2.0版)32頁参照

医療機関の記入方法は
医療機関向け手引き
(2.0版)38・39頁参照

新型コロナウイルス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。									
住民票に記載されている住所	都道府県			市区町村			※左欄に合わせ、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)		
フリガナ				電話番号	()				
氏名				電話番号	-				
生年月日(西暦)	年	月	日	日生(満)	歳	男	女	診察前の体温	度
質問事項									
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)						はい		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。						はい		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。						はい		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。 □医療従事者等 □65歳以上 □60~64歳 □高齢者施設等の従事者 □基礎疾患を有する(病名:)						はい		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: □心臓病 □腎臓病 □肝臓病 □血液疾患 □血が止まりにくい病気 □免疫不全 □その他()						はい		いいえ	
治療内容: □血をサラサラにする薬() □その他()									
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。						はい		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()						はい		いいえ	
今日、体に具合が悪かったところがありますか。 症状()						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	
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()						はい		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せんか。 種類() 症状()						はい		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。						はい		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()						はい		いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。						はい		いいえ	
以上の問診及び診察の結果、今日の接種は(☐ 可能 ・ ☐ 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。 ☐ 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。(☐ 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することに同意します。									
年 月 日 被接種者又は保護者自署									
(※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6歳未満の場合は保護者自署、成年被接種者の場合は本人又は成年被接種者自署)									
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、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください				医師名		接種年月日 ※記入例) 4月1日~4月31日			
(注)有効期限が切れていないか確認						2022 年 月 日			

説明書

接種券と同時に郵送

新型コロナウイルスワクチン予防接種についての説明書

ファイザー社製

新型コロナウイルスワクチン接種について

本ワクチンの接種は国と地方自治体による新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）ワクチン接種事業の一環として行われます。本ワクチンの接種は公費対象となり、希望者は無料で接種可能です。なお、本ワクチンは16歳以上の方が対象です。

ワクチンの効果と投与方法

今回接種するワクチンはファイザー社製のワクチンです。新型コロナウイルス感染症の発症を予防します。ワクチンを受けた人が受けていない人よりも、新型コロナウイルス感染症を発症した人が少ないということが分かっています。（発症予防効果は約95%と報告されています。）

販売名	コミニティ®筋注
効能・効果	SARS-CoV-2 による感染症の予防
接種回数・間隔	2回（通常、3週間の間隔）※筋肉内に接種
接種対象	16歳以上（16歳未満の人に対する有効性・安全性はまだ明らかになっていません。）
接種量	1回0.3 mLを合計2回

- 1回目の接種後、通常、3週間の間隔で2回目の接種を受けてください。（接種後3週間を超えた場合は、できるだけ速やかに2回目の接種を受けてください。）
- 1回目本ワクチンを接種した場合は、2回目も必ず同じワクチン接種を受けてください。
- 本ワクチンの接種で十分な免疫ができるのは、2回目の接種を受けてから7日程度経って以降とされています。現時点では感染予防効果は明らかになっていません。ワクチン接種にかかわらず、適切な感染防止策を行う必要があります。

予防接種を受けることができない人

下記にあてはまる方は本ワクチンを接種できません。該当すると思われる場合、必ず接種前の診察時に医師へ伝えてください。

- 明らかに発熱している人（※1）
- 重い急性疾患にかかっている人
- 本ワクチンの成分に対し重度の過敏症（※2）の既往歴のある人
- 上記以外で、予防接種を受けることが不適当な状態にある人

（※1）明らかに発熱とは通常、37.5℃以上を指します。ただし、37.5℃を下回る場合も平時の体温を鑑みて発熱と判断される場合はこの限りではありません。

（※2）アナフィラキシーや、全身性の皮膚・粘膜症状、喘鳴、呼吸困難、頻脈、血圧低下等、アナフィラキシーを疑わせる複数の症状。

予防接種を受けるに当たり注意が必要な人

下記にあてはまる方は本ワクチンの接種について、注意が必要です。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。

- 抗凝固療法を受けている人、血小板減少症または凝固障害のある人
- 過去に免疫不全の診断を受けた人、近親者に先天性免疫不全症の方がいる人
- 心臓、腎臓、肝臓、血液疾患や発育障害などの基礎疾患のある人
- 過去に予防接種を受けて、接種後2日以内に発熱や全身性の発疹などのアレルギーが疑われる症状がでた人
- 過去にけいれんを起こしたことがある人
- 本ワクチンの成分にアレルギーが起るおそれがある人

（うろへ続く）

妊娠中、又は妊娠している可能性がある人、授乳されている人は、接種前の診察時に必ず医師へ伝えてください。

本剤には、これまでのワクチンでは使用されたことのない添加剤が含まれています。過去に、薬剤で過敏症やアレルギーを起こしたことがある人は、接種前の診察時に必ず医師へ伝えてください。

接種を受けた後の注意点

- 本ワクチンの接種を受けた後、15分以上（過去にアナフィラキシーを含む重いアレルギー症状を起こしたことがある方や、気分が悪くなった、失神等を起こしたりしたことのある方は30分以上）、接種を受けた施設でお待ちいただき、体調に異常を感じた場合には、速やかに医師へ連絡してください。（急に起こる副反応に対応できます。）
- 注射した部分は清潔に保つようし、接種当日の入浴は問題ありませんが、注射した部分はこすらないようにしてください。
- 当日の激しい運動は控えてください。

副反応について

主な副反応は、注射した部分の痛み、頭痛、関節や筋肉の痛み、疲労、寒気、発熱等があります。また、まれに起こる重大な副反応として、ショックやアナフィラキシーがあります。なお、本ワクチンは、新しい種類のワクチンのため、これまで明らかになっていない症状が出る可能性があります。接種後に気になる症状を認めた場合は、接種医あるいはかかりつけ医に相談しましょう。

予防接種健康被害救済制度について

予防接種では健康被害（病気になったり障害が残ったりすること）が起こることがあります。極めてまれではあるものの、なくすことができないことから、救済制度が設けられています。

新型コロナウイルスの予防接種によって健康被害が生じた場合にも、予防接種法に基づく救済（医療費・障害年金等の給付）が受けられます。申請に必要な手続きなどについては、住民票がある市町村にて相談ください。

新型コロナウイルス感染症について

SARS-CoV-2 による感染症が発症すると、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。

今回接種する新型コロナウイルスワクチン（ファイザー社製のワクチン）の特徴

本剤はメッセンジャーRNA（mRNA）ワクチンであり、SARS-CoV-2 のスパイクタンパク質（ウイルスがヒトの細胞へ侵入するために必要なタンパク質）の設計図となる mRNA を脂質の膜に包んだ製剤です。本剤接種により mRNA がヒトの細胞内に取り込まれると、この mRNA を基に細胞内でウイルスのスパイクタンパク質が産生され、スパイクタンパク質に対する中和抗体産生及び細胞性免疫応答が誘導されることで、SARS-CoV-2 による感染症の予防ができると考えられています。

本剤には、下記の成分が含まれています。

有効成分	◇ トリナフレン（ヒトの細胞膜に結合する働きを持つスパイクタンパク質の全長体をコードする mRNA）
添加物	◇ A L C - 0 3 1 5 : [(4-ヒドロキシブチル) アザンジル] ビス（ヘキサ-6,1-ジイル）ビス（2-ヘキシルデカン酸エステル） ◇ A L C - 0 1 5 9 : 2- [(ポリエチレングリコール) -2000] -N,N-ジテラデシルアセトアミド ◇ D S P C : 1,2-ジステアロイル-sn-グリセロ-3-ホスホコリン ◇ コレステロール ◇ 塩化カルウム ◇ リン酸二水素カリウム ◇ 塩化ナトリウム ◇ リン酸水素ナトリウム二水和物 ◇ 精製白糖

新型コロナウイルスの詳細な情報は、
厚生労働省のホームページをご覧ください。

厚生 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、お住まいの市町村等にご相談ください。



接種後

- 接種券は、予防接種済証にワクチン毎のシールを貼
り、医療機関名を記載して接種者に返します。
- 予診票に、接種券シールとワクチン名・ロット番号の
シールを添付します。
- 予診票の写し(コピー)を医療機関において保管をお
願いします。(原本は費用の請求時に提出します。)
- 接種が終わった後、アナフィラキシーや血管迷走神
経反射等の症状が生じることがあるため、接種後に
接種施設において一定期間(15分～30分)観察を行
います。

接種券

医療機関向け手引き
(2.0版)41頁参照

※注意点
接種実施は「接種券シール」
未接種は「予診のみシール」
を添付します。

接種券				予診のみ				新型コロナウイルスワクチン 予防接種済証(臨時) Certificate of Vaccination for COVID-19	
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	〇〇県〇〇市		123456		請求先	〇〇県〇〇市		123456	
券番号	1234567890				券番号	1234567890			
氏名	厚生 太郎				氏名	厚生 太郎			
									
OCRライン (18桁)					OCRライン (18桁)				
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	〇〇県〇〇市		123456		請求先	〇〇県〇〇市		123456	
券番号	1234567890				券番号	1234567890			
氏名	厚生 太郎				氏名	厚生 太郎			
									
OCRライン (18桁)					OCRライン (18桁)				
接種を受ける方へ ●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。									
1回目		接種年月日 2021年 月 日 接種場所							
2回目		接種年月日 2021年 月 日 接種場所							
氏名		厚生 太郎							
住所		〇〇県〇〇市〇〇 999-99							
生年月日		〇〇年 〇〇月 〇〇日 生							
〇〇県〇〇市長 日本 一郎									

※ 接種時点では、市町村から発行された接種券のほか、予診票等が必要

接種シール

ワクチン接種シール 本シート1枚が1バイアル分です
製造番号: XXXXXX
最終有効年月日: YYYY/MM/DD BIONTECH Pfizer
接種済証貼付用 予診票貼付用



コミナティ®
ファイザー
COMIRNATY Pfizer

製造番号: XXXXXX
EXP: YYYY/MM/DD

コミナティ®
ファイザー
COMIRNATY Pfizer

製造番号: XXXXXX
EXP: YYYY/MM/DD

コミナティ®
ファイザー
COMIRNATY Pfizer

製造番号: XXXXXX
EXP: YYYY/MM/DD

- ・接種希望者が持参する接種券と予診票のイメージを以下に示す。

接種希望者が持参する接種券等のイメージ

接種券

接種券番号	2	ワクチン種別	1	回目
接種先	〇〇県〇〇市 123456			
接種券番号	1234567890			
氏名	澤生 太郎			

QRコード (16桁)

診察したがない場合

接種券番号	1	予診のみ	2	回目
接種先	〇〇県〇〇市 123456			
接種券番号	1234567890			
氏名	澤生 太郎			

QRコード (16桁)

新型コロナウイルスワクチン 接種済証 (臨時)
Certificate of Vaccination for COVID-19

接種年月日	2021年	月	日
接種場所			

②接種済証に貼付

接種を受ける方へ

- 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。



メーカーが提供するシールのイメージ

予診票のイメージ

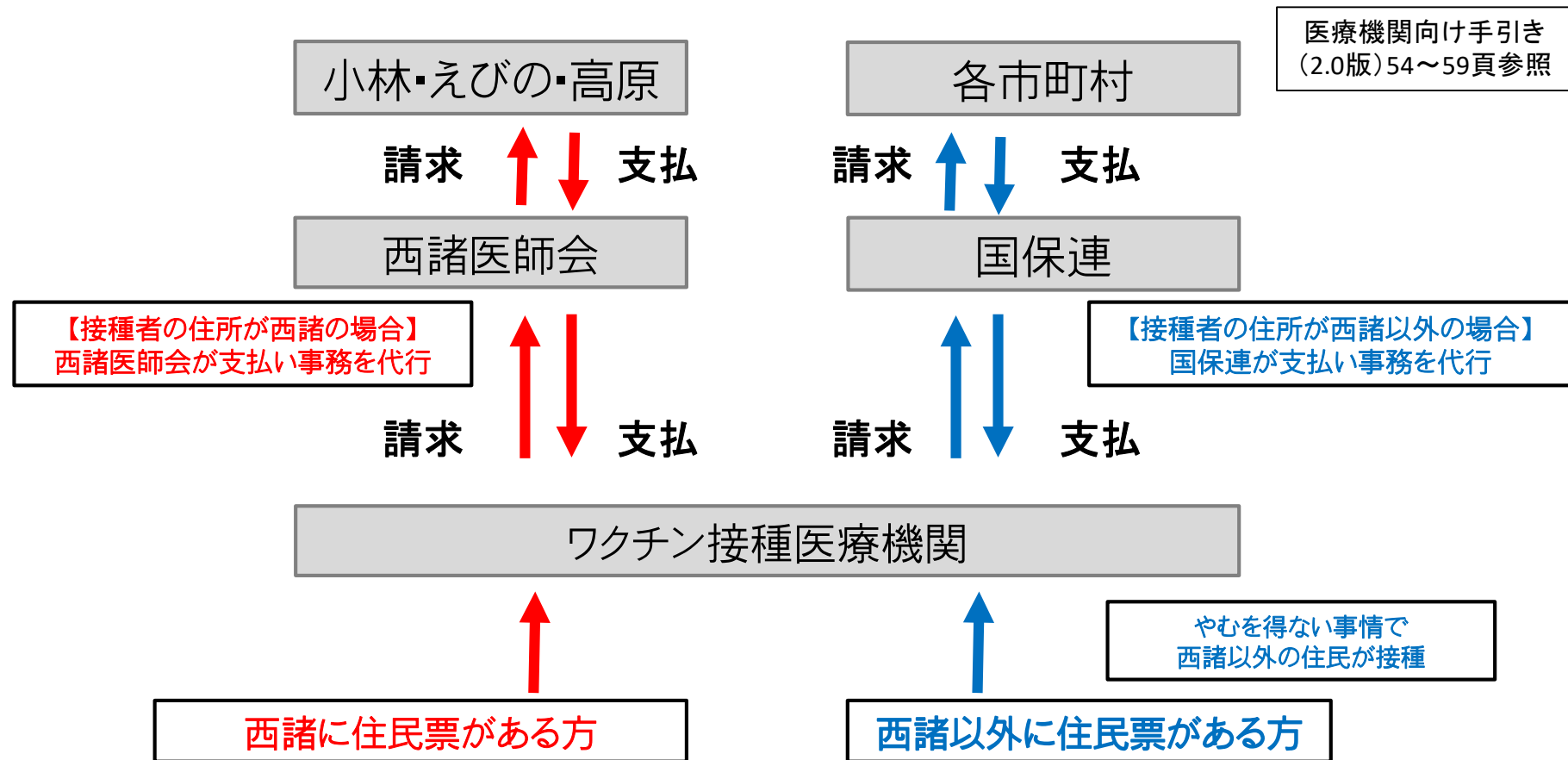
コロナワクチン接種の予約票

※本枠内にご記入またはチェック記入を入れてください。

前回の接種、 接種されて いる状況	接種 回数	接種 場所	接種 時期
	接種回数		
氏名			
☐ 男 ☐ 女			
生年月日	年	月	日
出生	年	月	日
接種前日の体温	度		
医師記入欄			
接種者名、コロナワクチン接種の対象者であることを確認した。（ ☐ した ☐ していない） はとの追加接種の希望の有無、今回の接種は（ ☐ 初回 ☐ 2回目） 本票に対して、接種の回数、接種方式及び接種回数等審査結果等について、説明した。			
接種者名及び本人印			
☐ 接種者は令和3年4月1日時点で満年齢である（該当する場合は塗りつぶしてください）			
コロナワクチン接種希望書（医師の診断の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。） 医師の診断、説明を仰ぐ、接種の回数や回数などについて理解した上で、接種を希望します。（ ☐ 接種を希望します ☐ 接種を希望しません） この予約票は、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、本予約票が有効な時、東京都健康増進局と東京都医師会が共同で発行することになります。			
年 月 日 接種者名			
（※本票をそのまま提出する場合は、この欄に接種者名を記入してください。）			
ワクチンロット番号 BNT162 XXXXXXXX Lot# EXP: YYYY DD MM	接種者 氏名	実施場所 実施場所 医師名、接種年月日	接種者氏名コード
※枠内にシールを貼り付けてください (注)有効期限が切れていないが確認	接種年月日	年	月

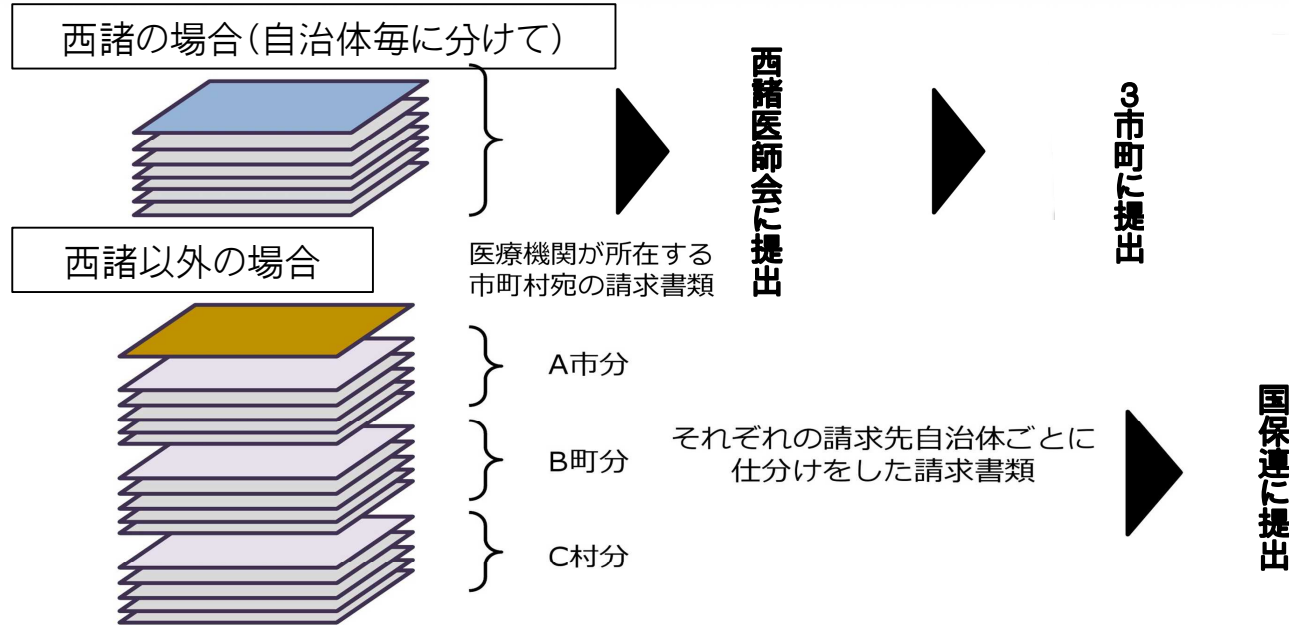
3. 費用の請求

新型コロナウイルスワクチンの接種の費用の請求・支払の概要



請求

- 医療機関は西諸医師会に対して、予診票の原本等を提出するとともに、国保連に対して、請求先自治体ごとに仕分けをした予診票の原本等を提出する。



4. その他

- 副反応・ワクチン接種記録システム
- ・問い合わせ等

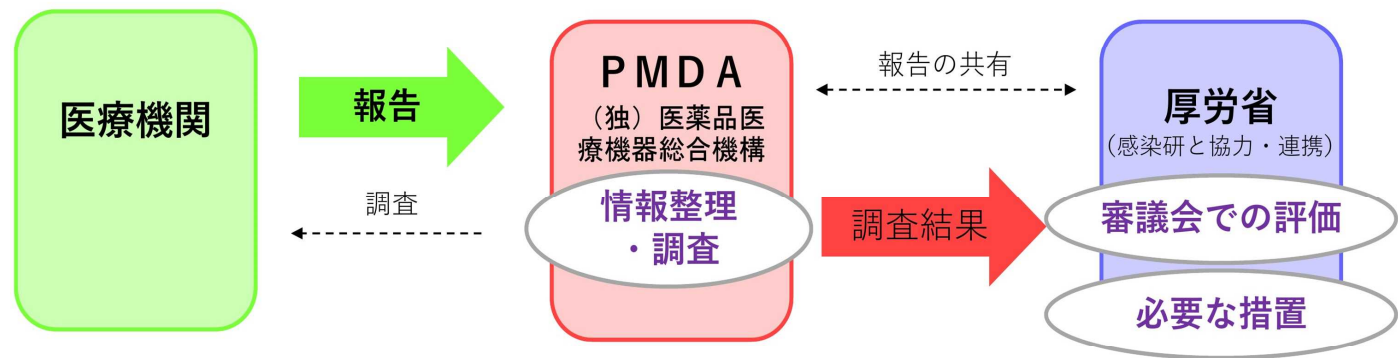
副反応への備え

- 接種後の副反応等の症状に対応できるように、予め**救急用品等の準備**をしておく。
- 副反応を疑う事例のうち一定のものについては**速やかに報告する必要**がある。発生した際は様式に記載のある報告先に提出する。

副反応疑い報告制度における報告と評価の流れ

- 予防接種法において、副反応疑い報告の仕組みが設けられており、国は、接種後に生じる副反応を疑う症状を収集するとともに、これらを厚生科学審議会に報告し、その意見を聴いて、予防接種の安全性に関する情報を提供するなど、接種の適正な実施のために必要な措置を講ずることとなっている。
- 新型コロナウイルスワクチンについては、予防接種法上の接種（臨時接種）として実施されるため、**通常の定期接種と同様の流れで副反応の集計・評価**を行う。
接種開始後、**通常より高頻度で審議会を実施**するとともに、**必要があれば、緊急時にも開催**して評価を行う。

副反応疑い報告制度における報告と評価の流れ



※1 副反応疑い報告は、医薬品医療機器等法に基づく副作用等報告としても取り扱われる。

※2 上記に加え、市町村が被接種者又は保護者から健康被害に関して相談を受けた場合には、都道府県を通じて厚生労働省に報告するルートもある。

報告様式

医療機関向け手引き
(20版) 69頁参照

(別紙様式1)

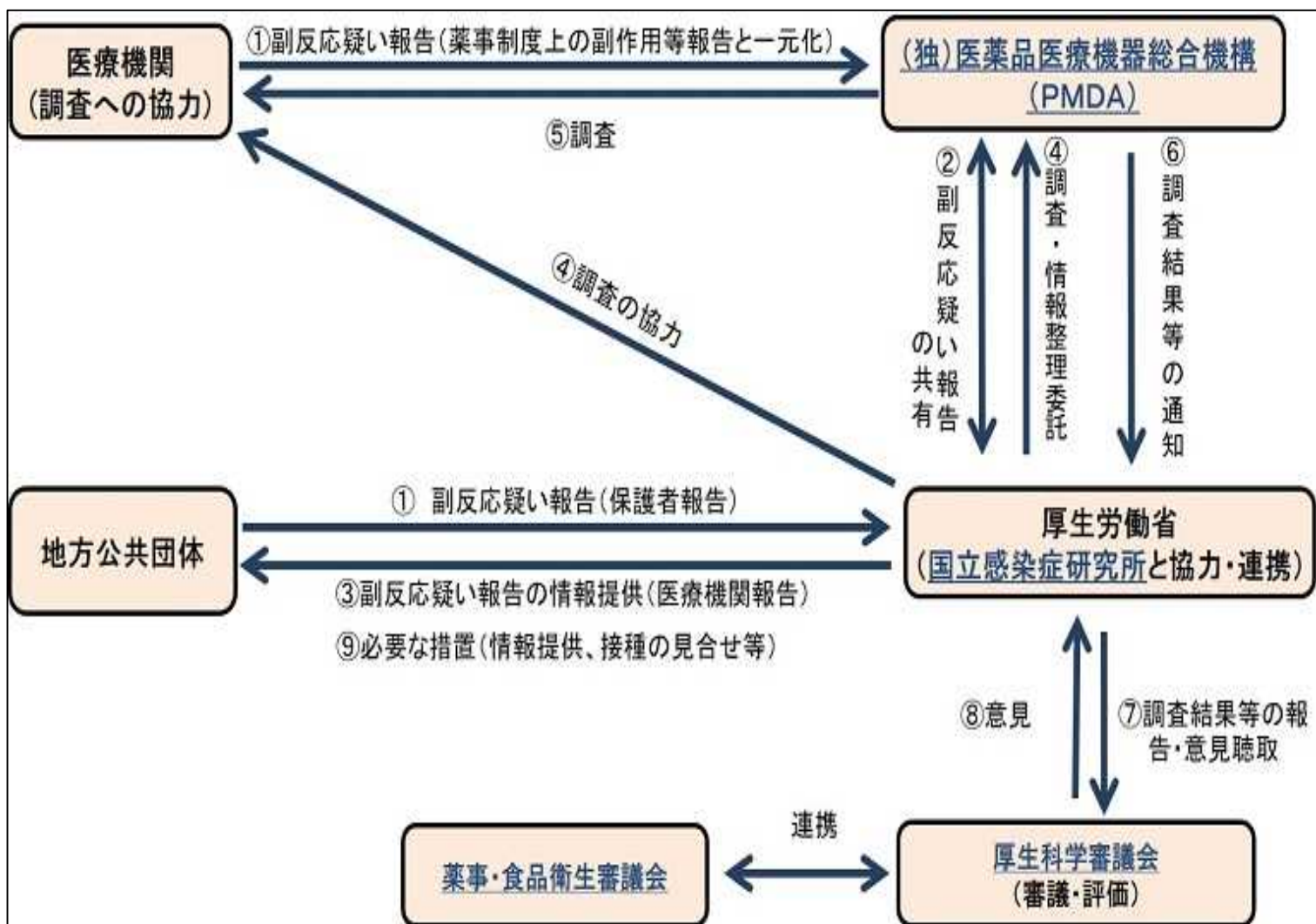
報告先: (独)医薬品医療機器総合機構
FAX番号: 0120-176-146
新型コロナウイルス専用FAX番号
0120-011-126

予防接種後副反応疑い報告書

予防接種法上の定期接種・臨時接種、任意接種の別		☐ 定期接種・臨時接種		☐ 任意接種		
患者 (接種者)	氏名又は イニシャル (姓・名)	性別	1 男 2 女	接種時 年齢	歳 月	
	(定期・臨時の場合は氏名、任意の場合はイニシャルを記載)					
報告者	住 所	都 道 府 県	区 市 町 村	生年月日	T H S R 年 月 日 生	
	氏 名	1 接種者 (医師) 2 接種者 (医師以外) 3 主治医 4 その他 ()				
接種場所	医療機関名			電話番号		
	住 所					
ワクチン	ワクチンの種類 (②～④は、同時接種したものを記載)	ロット番号	製造販売業者名		接種回数	
	①				① 第 期 (回目)	
	②				② 第 期 (回目)	
	③				③ 第 期 (回目)	
	④				④ 第 期 (回目)	
接種の状況	接 種 日	平成・令和 年 月 日	午前・午後 時 分	出生体重 (患者が乳幼児の場合に記載)		
	接種前の体温	度 分	家族歴			
	予診票での留意点 (基礎疾患、アレルギー、最近1ヶ月以内のワクチン接種や病気、服薬中の薬、過去の副作用歴、発育状況等)					
	1 有 2 無					
症 状 の 概 要	[定期接種・臨時接種の場合で次の報告基準に該当する場合は、ワクチンごとに該当する症状にのみあててください。 急性敗性性髄膜炎又はギラン・バレー症候群に該当する場合は、各調査票を記入のうえ、提出してください。] 報告基準にない症状の場合又は任意接種の場合 (症状名:)					
	発生日時	平成・令和 年 月 日	午前・午後 時 分			
	本剤との 因果関係	1 関連あり 2 関連なし 3 評価不能	他要因 (他の 疾患等) の可 能性の有無	1 有 2 無		
	概要 (症状・徴候・臨床経過・診断・検査等)					
症 状 の 程 度	○製造販売業者への情報提供: 1 有 2 無					
	1 重い	2 死亡	3 障害	4 死亡につながるおそれ	5 入院 (病院名: 医師名:)	
症 状 の 転 帰	1 回復 2 軽快 3 未回復 4 後遺症 (症状:) 5 死亡 6 不明					
	報告者意見					
報告回数 1 第1報 2 第2報 3 第3報以後						

(別紙様式1)

対象疾病	症 状	発症までの 時 間	発症までの 時 間
ジフテリア	1 アナフィラキシー	4時間	
百日せき	2 脳炎・脳症	28日	
急性灰白髄炎	3 けいれん	7日	
破傷風	4 血小板減少性紫斑病	28日	
	5 その他の反応	—	a 無呼吸
麻疹・ 風しん	1 アナフィラキシー	4時間	
	2 急性敗性性髄膜炎 (ADEM)	28日	
	3 脳炎・脳症	28日	
	4 けいれん	21日	
	5 血小板減少性紫斑病	28日	
	6 その他の反応	—	b ギラン・バレー症候群
日本脳炎	1 アナフィラキシー	4時間	
	2 急性敗性性髄膜炎 (ADEM)	28日	
	3 脳炎・脳症	28日	
	4 けいれん	7日	
	5 血小板減少性紫斑病	28日	
	6 その他の反応	—	c 急性敗性性髄膜炎 (ADEM)
結核 (BCG)	1 アナフィラキシー	4時間	
	2 全身播種性BCG感染症	1年	
	3 BCG骨炎 (骨髄炎、骨膜炎)	2年	
	4 皮膚結核性瘻	30ヶ月	
	5 化膿性リンパ節炎	40ヶ月	
	6 肺結核 (BCGによるものに限る。)	—	d 多発性硬化症
Hib感染症 小児の肺炎球菌感染症	1 アナフィラキシー	4時間	
	2 けいれん	7日	
	3 血小板減少性紫斑病	28日	
	4 その他の反応	—	e 急性性肺炎
	1 アナフィラキシー	4時間	
	2 急性敗性性髄膜炎 (ADEM)	28日	
3 ギラン・バレー症候群	28日		
4 血小板減少性紫斑病	28日		
5 血管炎・神経炎 (末梢神経のみ)	30分		
6 呼吸又は運動障害を中心とする多様な症状	—	f 間質性肺炎	
7 その他の反応	—	g 皮膚粘膜眼症候群	
水痘	1 アナフィラキシー	4時間	
	2 血小板減少性紫斑病	28日	
	3 無菌性髄膜炎 (症状発症を伴うもの)	—	
	4 その他の反応	—	
	1 アナフィラキシー	4時間	
	2 急性敗性性髄膜炎 (ADEM)	28日	
3 多発性硬皮症	28日		
4 腎臓炎	28日		
5 ギラン・バレー症候群	28日		
6 視神経炎	28日		
7 末梢神経障害	28日		
8 その他の反応	—		
B型肝炎	1 アナフィラキシー	4時間	
	2 腸重積症	21日	
	3 その他の反応	—	
	1 アナフィラキシー	4時間	
	2 急性敗性性髄膜炎 (ADEM)	28日	
	3 脳炎・脳症	28日	
4 けいれん	7日		
5 腎臓炎	28日		
6 ギラン・バレー症候群	28日		
7 視神経炎	28日		
8 血小板減少性紫斑病	28日		
9 血管炎	28日		
10 肝臓障害	28日		
11 ホルモン症候群	28日		
12 喘息発作	24時間		
13 間質性肺炎	28日		
14 皮膚粘膜眼症候群	28日		
15 急性免疫性神経性脱髄症	28日		
16 その他の反応	—		
インフルエンザ	1 アナフィラキシー	4時間	
	2 ギラン・バレー症候群	28日	
	3 血小板減少性紫斑病	28日	
	4 注射部位壊死又は注射部位潰瘍	28日	
	5 稀発性これに類する症状であって、上肢から顔面に見られるものを含む。	7日	
	6 その他の反応	—	
高齢者の肺炎球菌感染症	1 アナフィラキシー	4時間	
	2 その他の反応	—	
新型コロナウイルス感染症	1 アナフィラキシー	4時間	
2 その他の反応	—		



1. 従来の予防接種事業と今回の新型コロナワクチン接種事業の相違点

① 約 1 億人が短期間に 2 回の接種を要し、管理が煩雑

② ワクチンの性質と国民的関心の高さから、
多数の問い合わせが予想される

③ 住民の求めに応じて接種証明を出す必要も想定

2. 現行の取組の課題

課題1：接種

- 現行の自治体ごとに保有する予防接種台帳に入力という手法では、データ化されるまでに**2～3か月**かかる

課題2：接種

- 迅速なデータ化ができない場合、複数回接種のタイミングなどに対する市民からの問い合わせ、引っ越してきた市民への問い合わせへの対応が困難に。

課題3：接種後

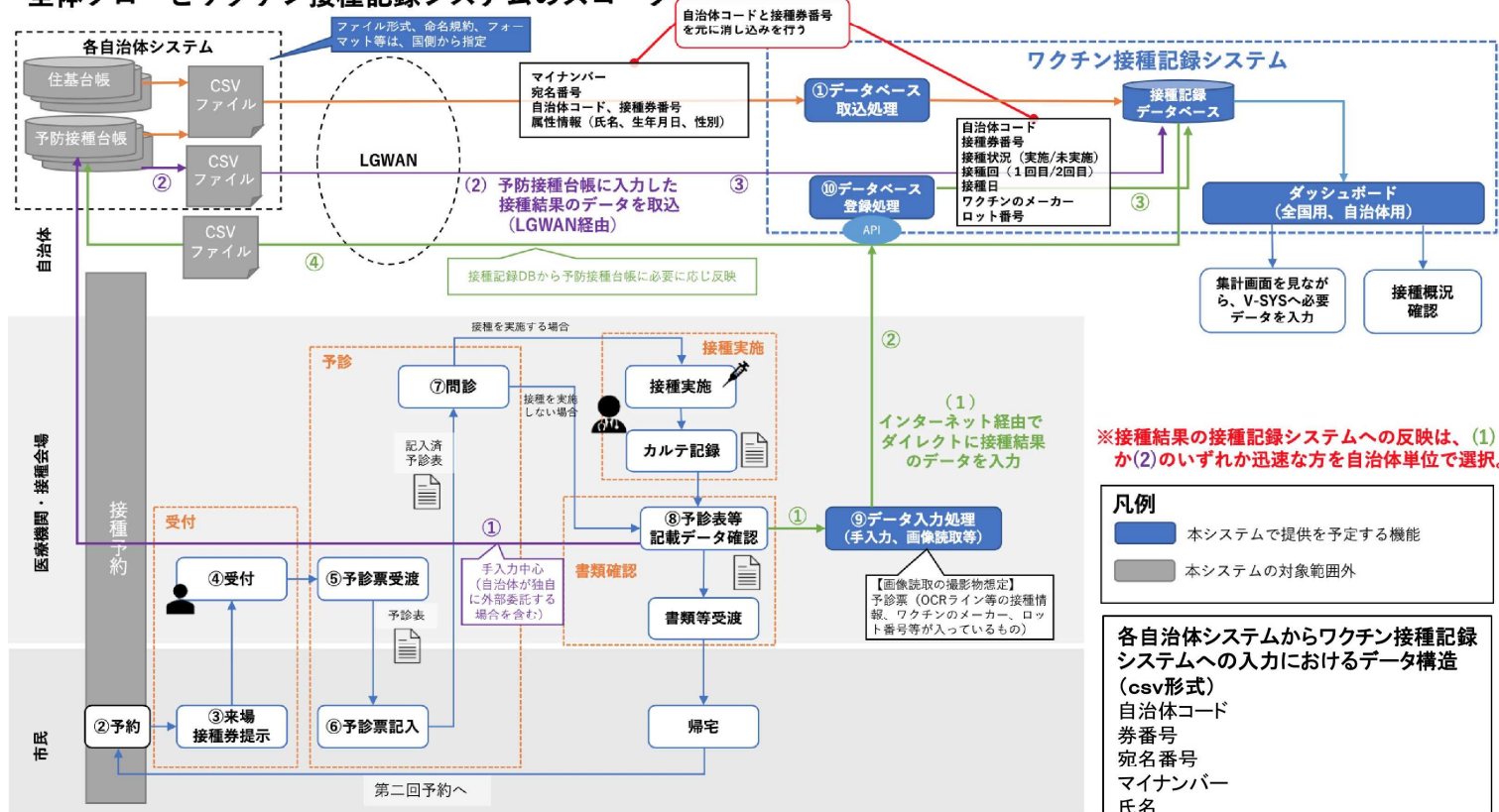
- 住所地外の施設に入所する高齢者への巡回接種や職域接種を今後検討するにあたり、住所地の自治体が住民の接種状況を把握することが困難

課題4：情報

- ワクチン接種事業全体の円滑な進行には、国民の理解が不可欠。全国の進捗状況を踏まえた政策対応に加え、迅速な情報提供や副反応調査の迅速化が重要。

<ワクチン接種記録システムの全体フロー>

全体フローとワクチン接種記録システムのスコープ



※接種結果の接種記録システムへの反映は、(1)か(2)のいずれかが迅速な方を自治体単位で選択。

＜ワクチン接種記録システムの接種結果登録時の画面遷移イメージ＞



各種問合せ先

○ 接種予約、ワクチン供給、請求に関すること

小林市: ワクチン接種推進室(小林市保健センター内) 電話番号: 24-5007 FAX: 23-0325
メール: k_corona@city.kobayashi.lg.jp

えびの市: ワクチン接種推進室(えびの市健康保険課内) 電話番号: 35-1116 FAX: 35-0401
メール: kenkohoken@city.ebino.lg.jp

高原町: ワクチン接種推進室(総合保健福祉センターほほえみ館内)
電話番号: 42-4820 FAX: 42-4550 メール: hohoemi@town.takaharu.lg.jp

○ ワクチン接種円滑化システム(V-SYS)サービスデスク

電話番号: 050-3174-1505(対応時間: 8:30~19:00 平日)

○ ファイザー新型コロナウイルスワクチン専用ダイヤル

電話番号: 0120-146-744(対応時間: 9:00~20:00 平日・土曜日)

○ ファイザー新型コロナウイルスワクチン医療従事者専用サイト ログイン・登録事務局

電話番号: 0120-291-017(対応時間: 9:00~20:00 平日・土曜日)
(医療従事者専用サイト) <https://www.pfizer-covid19-vaccine.jp>