

令和3年12月21日

ご家族 様
代理人 様

特別養護老人ホーム 清和園
施設長 清水 伸



新型コロナウイルスワクチン接種（3回目）について

謹啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、新型コロナウイルスワクチンの3回目接種について、テレビ、新聞等で報道されておりますように、準備がすすめられているところですが、ご入所者様の接種について、ご家族の意向を確認したく、ご連絡致します。

すでにワクチン接種券がご入所者様宛に送付されている自治体もあるかと思いますので、開封し、中身を十分にご確認の上、予診票の「新型コロナウイルスワクチン接種希望書」欄に希望の有無をチェック（希望される場合は署名含める）し、ご返信ください。

意向確認後、医師の診察・診断のもと、接種を実施していきます。また、医師の診察・診断の結果、接種出来ない場合もありますのでご了承下さい。

謹白

【注意事項】

- ①ワクチンについてはファイザー社及び武田/モデルナ社製を予定しておりますが、選択することは出来ません。
- ②市町村から送付された接種券及び予診票両方を返送してください。予診票にはご家族様等の希望の有無及び署名をお願いしておりますので、同封の見本を参考に記載をお願い致します（赤枠内の記入をお願いします）
※接種の希望のチェック（レ点）が抜けている事案が多くみられました。
- ③3回目接種の実施時期については千葉市からのワクチンの供給状況及び施設の体制が整い次第行います（概ね1月下旬の開始を予定しております）

恐れ入りますが、早期のご回答をお願いします。1/7までに同封の返信用封筒でご返信下さい。

ご不明な点等ございましたら、担当までご連絡ください。

担当：宮澤、野内、山本、小川

新型コロナワクチン接種の予診票 (追加接種用)

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

※ワクチン接種後に医療機関において
貼り付けてください
※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

(クーポン貼付)

住民票に記載されている住所	都道府県	市区町村
フリガナ	電話番号 () -	
氏名		
生年月日 (西暦)	年 月 日 生 (満 歳)	<input 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
新型コロナワクチンの接種を受けたことがありますか。 接種日(1回目: 年 月 日、2回目: 年 月 日) 接種を受けたワクチン()	<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、接種券又は右上の請求先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	
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"/> 毛細血管漏出症候群 <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	
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) 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。	医師署名又は記名押印
-------	--	------------

医療機関記入欄	<input type="checkbox"/> 時間外(受付時間 :) <input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> 小児(6歳未満) <input type="checkbox"/> 予備① <input type="checkbox"/> 予備② ※該当する項目について、マークの形からはみ出さないように濃く塗りつぶしてください。
---------	--

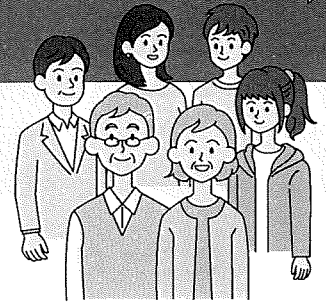
新型コロナワクチン接種希望書 医師の診察・説明を受け、接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。 (<input checked="" type="checkbox"/> 接種を希望します · <input type="checkbox"/> 接種を希望しません) この予診票は、接種の安全性の確保を目的としています。 このことを理解の上、本予診票が市町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。		被接種者又は保護者自署 年 月 日 利用者名 ご家族様名(続柄) (※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載) (※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、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 ※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	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 202 年 月 日

追加（3回目）接種に使用するワクチン についてのお知らせ

接種費用
無料
(全額公費)

**武田/モデルナ社のワクチンも
3回目の接種に使用できるようになりました**



◎接種の対象 2回目のワクチン接種を終了した18歳以上の方

◎使用するワクチン

1・2回目に接種したワクチンの種類に関わらず、ファイザー社または武田/モデルナ社のワクチンを使用します。ファイザー社は1・2回目の接種量と同量ですが、武田/モデルナ社は半量になります。

◎3回目の接種の安全性と効果

安全性

ファイザー社及び武田/モデルナ社の薬事承認において、3回目の接種後7日以内の副反応は、1・2回目の接種後のものと比べると、どちらのワクチンにおいても、一部の症状の出現率に差があるものの、おおむね1・2回目と同様の症状が見られました。

発現割合	ファイザー社 (2回目→3回目接種後の症状)	武田/モデルナ社 (2回目→3回目接種後の症状)
50%以上	疼痛 (78.3→83.0%)、疲労 (59.4→63.7%)	疼痛 (88.3→83.8%)、疲労 (65.4→58.7%) 頭痛 (58.8→55.1%)
10 - 50%	頭痛 (54.0→48.4%)、筋肉痛 (39.3→39.1%) 悪寒 (37.8→29.1%)、関節痛 (23.8→25.3%)	筋肉痛 (58.1→49.1%)、関節痛 (42.9→41.3%) 悪寒 (44.3→35.3%)、リンパ節症 (14.2→20.4%)
1 - 10%	38度以上の発熱 (16.4→8.7%) 腫脹 (6.8→8.0%)、発赤 (5.6→5.9%) リンパ節症(※) (0.4→5.2%)	38度以上の発熱 (15.5→6.6%) 腫脹・硬結 (12.3→5.4%) 紅斑・発赤 (8.7→4.8%)

(注) 対象/人数：ファイザー2回目 16～55歳/2,682人、ファイザー3回目 18～55歳/289人、モデルナ2回目 18歳以上/14,691人、モデルナ3回目 18歳以上/167人
(注) 2回目接種と比べた3回目接種での発現割合：■ 5ポイント以上少ないもの、■ 5ポイント以上多いもの。
(注) 武田/モデルナ社のワクチンは、1・2回目は100μg、3回目は50μg接種している。
(※) ファイザー社のワクチンのリンパ節症は、接種後1か月以内のデータを記載。

出典：特例承認に係る報告書より

効果

3回目の接種をした人の方がしていない人よりも、新型コロナウイルスに感染する人や重症化する人が少ないと報告されています。

◎1・2回目と異なるワクチンを用いて3回目接種した場合の安全性と効果

英国では、2回目接種から12週以上経過した後に、様々なワクチンを用いて3回目接種を行った場合の研究が行われ、その結果が報告されています。

安全性

3回目の接種後7日以内の副反応は、1・2回目と同じワクチンを接種しても、異なるワクチンを接種しても安全性の面で許容されること

効果

1・2回目接種でファイザー社ワクチンを受けた人が、3回目でファイザー社ワクチンを受けた場合と、武田/モデルナ社ワクチン(※)を受けた場合のいずれにおいても、抗体価が十分上昇すること

(※) 武田/モデルナ社ワクチンは、3回目は50μg接種することになっているが、本研究では100μg接種した結果が報告されている。

ワクチンの組み合わせ	抗体価
● → ● → ● ファイザー → ファイザー → モデルナ	抗体価は 上昇
● → ● → ● ファイザー → ファイザー → ファイザー	

出典：Munro APS, et al. The Lancet. December 2021

よくあるご質問

Q.武田/モデルナ社のワクチンは副反応が強いと聞いていますが大丈夫ですか。

A.武田/モデルナ社のワクチンにおける3回目接種は、1・2回目接種で用いた量の半量となります。2回目接種後と比較して、発熱や疲労などの接種後の症状が少ないことが報告されています。

(注) 接種後の症状のうちリンパ節症は、2回目よりも3回目の方が多く見られます。 出典：特例承認に係る報告書より

Q.ファイザー社と武田/モデルナ社のワクチンの効果に差はありますか。

A.1・2回目の接種では、ファイザー社と武田/モデルナ社のいずれも、2回目接種から約半年後も高い重症化予防効果(*)が維持されています。

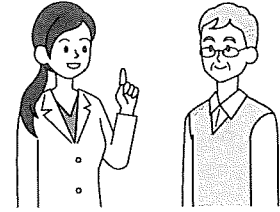
ファイザー社と武田/モデルナ社のワクチンの1・2回目接種の効果約半年間比較した観察研究では、武田/モデルナ社のワクチンの方が、感染予防、発症予防、重症化予防(*)の効果有意に高かったと報告されています。

(*) 重症化予防には入院予防を含む

出典：Rosenberg ES, et al. medRxiv, 2021. / Self WH, et al. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2021. / Dickerman BA, et al. NEJM. December 1, 2021.

Q.3回目接種はどのようにしたら受けられますか。

A.お住まいの市町村から3回目用の接種券等が送付されましたら、ワクチンを受けたい医療機関や会場をお探しのうえ、予約をお願いします。



Q.1回目・2回目の接種をまだ受けていませんが、まだ受けられますか。

A.受けられます。公費で受けられる期間は、現在のところ令和4年9月30日までです。この期間であれば、1・2回目接種も無料ですので、ご希望の方はお早めに受けてください。

◎ワクチンを受けるにはご本人の同意が必要です。

ワクチンを受ける際には、感染症予防の効果と副反応のリスクの双方について、正しい知識を持っていただいた上で、ご本人の意思に基づいて接種をご判断いただきますようお願いいたします。受ける方の同意なく、接種が行われることはありません。

職場や周りの方などに接種を強制したり、接種を受けていない人に対して差別的な対応をすることはあってはなりません。

◎予防接種健康被害救済制度があります。

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、なくすことはできないことから、救済制度が設けられています。

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ご相談ください。

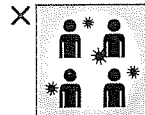
感染予防対策
を継続して
いたください
をお願いします。



密集場所

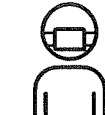


密接場面



密閉空間

「3つの密(密集・密接・密閉)」の回避



マスクの着用



石けんによる
手洗い



手指消毒用アルコール
による消毒の励行

新型コロナワクチンの有効性・安全性などの詳しい情報については、厚生労働省ホームページの「新型コロナワクチンについて」のページをご覧ください。

厚労 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。