

埼玉医科大学総合医療センターにかかりつけの妊婦さん方へ

新型コロナウイルスワクチン接種のご案内

2021年9月6日

当院は一般の患者さんへ新型コロナウイルスワクチンの接種は行っておりません。厚生労働省が示す妊産婦さんへの方針や日本産科婦人科学会をはじめとする、関連学会の共同提言などを参考に、昨今の事情に鑑みて、この度当院かかりつけの妊婦さん及びそのパートナーの方限定で新型コロナウイルスワクチン接種を行うこととしました。

新型コロナウイルスワクチン接種日程

第1回目 2021年09月19日 日曜日 & 第2回目 2021年10月17日 日曜日

受付時間 14時～16時

申し込み期間 9月8日9時～9月17日17時

ご希望の方は smcvaccine@saitama-med.ac.jp あるいは QRコードを読んで送信をしてください。

※上記メールアドレスは申し込み期間終了後削除されます。

接種を受けたい方の 診察券番号（妊婦の方の）、住所、氏名、生年月日 をメールでご連絡下さい。

※妊婦&そのパートナーの方限定

1日以内（日曜日を挟む場合は月曜日）に返信をさせていただきます。受信設定の確認をお願いします。

もし返信がないようでしたら、当院代表電話番号 049-228-3400 までご連絡ください。

- 厚生労働省新型コロナワクチン Q&A

<https://www.cov19-vaccine.mhlw.go.jp/qa/0027.html>

- 新型コロナウイルス（メッセンジャーRNA）ワクチンについて（第2報）
（日本産科婦人科学会、日本産婦人科医会、日本産婦人科感染症学会）

http://www.jsog.or.jp/news/pdf/20210814_COVID19_02.pdf



なお当院ホームページ「お知らせ一覧」に詳細を9月8日水曜日に掲載をする予定です。そちらも併せてご覧いただき、申し込みをしてください。 <http://www.kawagoe.saitama-med.ac.jp/>

接種後の副反応などの問い合わせは産科外来あるいは産科病棟へご連絡下さい。

「埼玉医科大学川越キャンパス職域接種会場」

来場案内

(当院かかりつけ妊婦 & そのパートナーの方用)

2021年9月6日

当接種会場では COVID-19 ワクチンモデルナ（武田/モデルナ社）を使用します。
このワクチンの接種不可は 1 つの病気だけです（ポリエチレングリコールアレルギー）。また内服中のお薬の種類による接種不可はありません。しかし、**重篤な急性疾患の最中の方や、接種日に体調が悪い方は接種することができません。**
また、通院中でご心配の方は、かかりつけ医に相談してからご来場ください。

【ご案内】

- 当日までに予防接種説明書をお読みいただき、効果や副反応について理解をしてご来場ください。
- スムーズな接種のためワクチン接種予診票とワクチン接種記録書の必要部分に記入をしてから、ご来場ください。
- 接種会場内には接種を受ける方みの入場となります。介助が必要な方は介助者 1 名までご入場いただけます。
(小さいお子様などの入場もできません)
- 接種後の副反応等につきましては

「埼玉県新型コロナワクチン専門相談窓口」[24 時間ダイヤル「0570-033-226」](tel:0570-033-226) または

当センター産科外来あるいは産科病棟までへお問い合わせください。

- 当会場では副反応対応用の解熱・鎮痛薬の処方することができません。お近くの薬局薬店でお求めください。
アセトアミノフェンや イブプロフェン、ロキソプロフェンなどが使用できます。特に**妊娠中の方々はアセトアミノフェンが推奨**されておりイブプロフェン、ロキソプロフェンは使用できませんご注意ください。薬剤により対象年齢、用法用量が異なりますのでご確認の上ご使用ください。

【当日の持ち物、注意点】

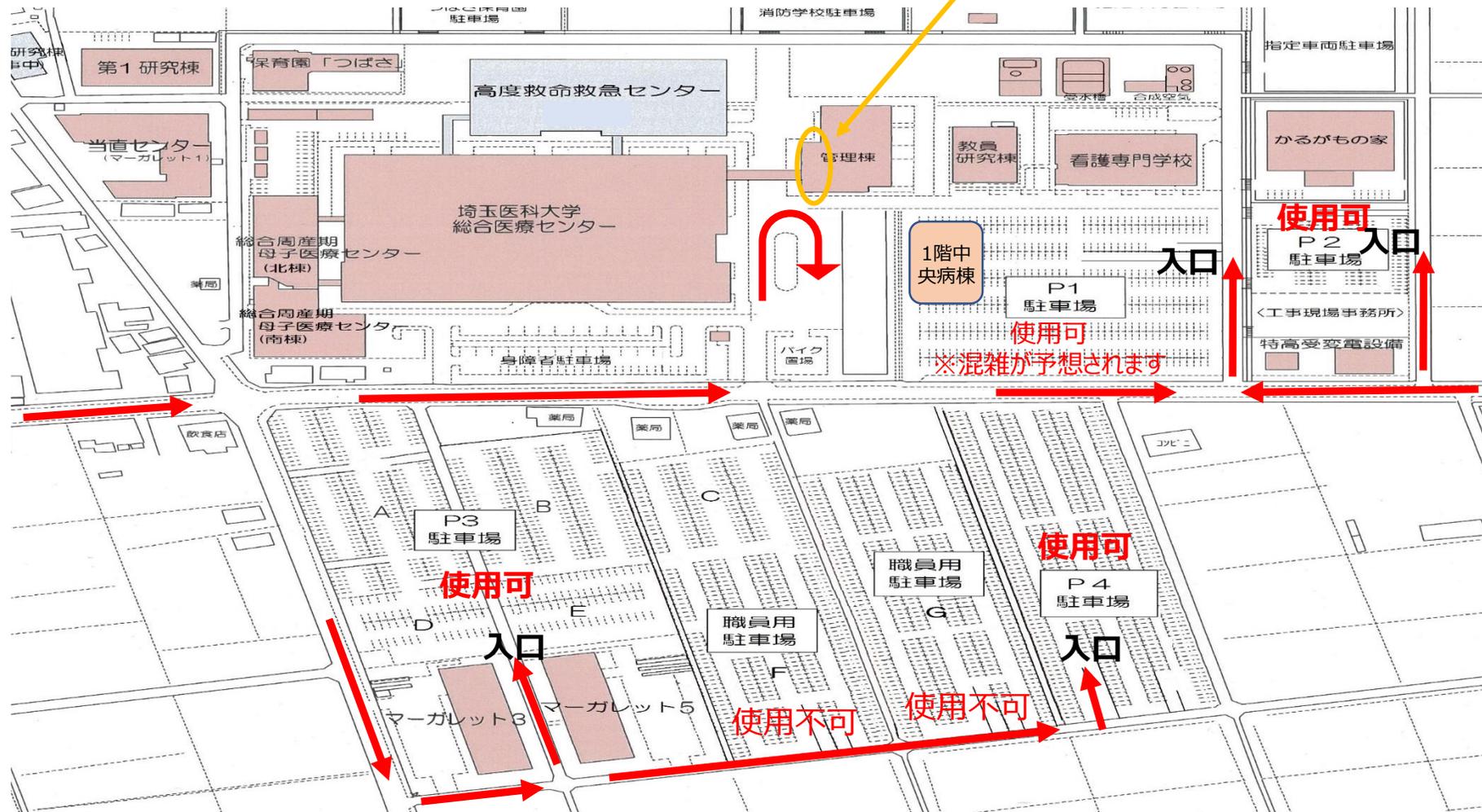
1. 必要部分 **記入済み**の新型コロナワクチン接種予診票（市町村から配布されたものでも可）
2. 必要部分 **記入済み**の新型コロナワクチン接種記録書（市町村から配布されたものでも可）
3. 接種券（住民票の区市町村から配布まだの方は後日外来時にお持ちください。）
4. 本人確認書類…運転免許、保険証、パスポートなど
5. スムーズな接種のため、肩の出しやすい服装でご来場をお願いいたします。
6. スムーズな移動のため、最小限のお荷物でのご来場をお願いいたします。

当日の問い合わせ電話番号は「[049-228-3566](tel:049-228-3566)」（8時30分～17時）となります。

当日の駐車場案内

※P1駐車場は混雑が予想されます。他の駐車場をご利用ください。

コロナワクチン接種の受付は
管理棟2階（レストラン・ローソンのある建物）です。
駐車場側入り口を入ってください



新型コロナワクチン予防接種についての説明書

武田／モデルナ社
ワクチン用
(2021年8月)

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12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武田／モデルナ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。

本ワクチンの接種を受けた人は、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94%と報告されています。）

販売名	COVID-19 ワクチンモデルナ筋注 [®]
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、4週間の間隔） ※筋肉内に接種
接種対象	12歳以上（12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0.5 mLを合計2回

- 1回目の接種後、通常、4週間の間隔で2回目の接種を受けてください。（接種後4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回目に本ワクチンを接種した場合は、2回目も必ず本ワクチンの接種を受けてください。
- 臨床試験において、本ワクチンの接種で十分な免疫が確認されたのは、2回目の接種を受けてから14日以降です。また、感染を完全に予防できる訳ではありません。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）明らかな発熱とは通常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対して、アレルギーが起こるおそれがある人

（うらへ続く）

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、気分が悪くなったり、失神等を起こしたりしたことがある方は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にし、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。
- 通常の生活は問題ありませんが、激しい運動や過度の飲酒等は控えてください。

副反応について

- 主な副反応は、注射した部分の痛み（※1）、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、これまでに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。

（※1）接種直後よりも翌日に痛みを感じる方が多いです。接種後1週間程度経ってから、痛みや腫れなどが起きることもあります。

- ごく稀ではあるものの、ワクチン接種後に軽症の心筋炎や心膜炎が報告されています（※2）。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ら、速やかに医療機関を受診してください。

（※2）1回目よりも2回目の接種の後に多く、若い方、特に男性に多い傾向が見られます。

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。

新型コロナワクチン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ご相談ください。

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（武田／モデルナ社製のワクチン）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	◇ CX-024414（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	◇ SM-102：ヘプタデカン-9-イル 8-((2-ヒドロキシエチル)(6-オキソ-6-(ウンデシルオキシ)ヘキシル)アミノ)オクタン酸エステル ◇ コレステロール ◇ DSPC：1,2-ジステアロイル-sn-グリセロ-3-ホスホコリン ◇ 1,2-ジミリストイル-rac-グリセロ-3-メチルポリオキシエチレン（PEG2000-DMG） ◇ トロメタモール ◇ トロメタモール塩酸塩 ◇ 氷酢酸 ◇ 酢酸ナトリウム水和物 ◇ 精製白糖

新型コロナワクチンの詳しい情報については、厚生労働省のホーム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。



新型コロナ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
フリガナ	氏名	電話番号	(クーポン貼付)
生年月日(西暦)	性別	診察前の体温	度 分

※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
※左図に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください

①現在住んでいる住所ではなく**住民票が登録されている住所**を記載してください。

②氏名、電話番号、生年月日(西暦)、年齢、性別を記載してください

③接種当日の体温を記載してください

④質問事項をよく読み回答を記載してください

⑤「接種を希望します」にチェックを入れ、接種日の日付、直筆でのサインを記載してください

質問事項	回答	医師記入欄
新型コロナ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)	<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、クーポン券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	
接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。 <input type="checkbox"/> 医療従事者等 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60~64歳 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等の従事者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する(病名:)	<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"/> 血液病 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい病気 <input type="checkbox"/> 免疫不全 <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	

<p>新型コロナワクチン接種希望書</p> <p>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 type="checkbox"/> 接種を希望します ・ <input type="checkbox"/> 接種を希望しません)</p> <p>この予診票は、接種の安全性の確保を目的としています。</p> <p>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。</p>	<p>年 月 日 被接種者又は保護者(直筆)</p> <p>(※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18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)</p>
---	--

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		医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
		202 年 月 日	

新型コロナワクチン接種記録書

Record of Vaccination for COVID-19

1回目		2回目	
接種年月日	メーカー/Lot No.	接種年月日	メーカー/Lot No.
2021年	(シール貼付)	2021年	(シール貼付)
月 日		月 日	
接種会場		接種会場	
埼玉医科大学 川越キャンパス 職域接種会場		埼玉医科大学 川越キャンパス 職域接種会場	

氏名	_____
住所	_____
生年月日	年 _____ 月 _____ 日

新型コロナワクチンの接種を受けた方へ

後日、市町村から届いた接種券を必ず持参してください。

- 上記の接種記録書は、2回目の接種でもシールを貼付しますので、2回目の接種にもご持参ください。接種記録書は、接種の記録となりますので、大切に保管してください。
- 後日、市町村から届いた接種券は、接種会場又は接種会場を主催している企業等にお持ちください。
- 市町村が発行する接種済証が必要な場合は、住民票がある市町村にお問い合わせください。(発行まで時間を要する場合があります。)

新型コロナワクチンに関する相談先

- ワクチン接種後に、健康に異常があるとき
➡ ワクチンの接種を受けた医療機関・かかりつけ医・市町村の相談窓口
- 予防接種による健康被害についての補償(救済)に関する相談
➡ 市町村の予防接種担当部門

新型コロナワクチンの詳しい情報については、厚生労働省ホームページをご覧ください。右のQRコードからアクセスできます。



①氏名、住所、生年月日を記載してください

この接種記録書は、2回目の接種でもシールを貼付しますので、2回目の接種にもご持参ください。

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。

※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 市 区 村 府 県 町 村	
フリガナ	フリガナ	フリガナ
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 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)	<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、クーポン券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	
接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。 <input type="checkbox"/> 医療従事者等 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60~64歳 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等の従事者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する(病名:)	<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"/> 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)	医師署名又は記名押印
	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。	

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。(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され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	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> ml	実施場所	医療機関等コード
	※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		医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
			202 年 月 日	

新型コロナワクチン接種記録書

Record of Vaccination for COVID-19

1回目	
接種年月日	メーカー/Lot No. (シール貼付)
2021年	
月 日	
接種会場	
埼玉医科大学 川越キャンパス 職域接種会場	

2回目	
接種年月日	メーカー/Lot No. (シール貼付)
2021年	
月 日	
接種会場	
埼玉医科大学 川越キャンパス 職域接種会場	

氏名 : _____

住所 : _____

生年月日: _____年 _____月 _____日

新型コロナワクチンの接種を受けた方へ

後日、市町村から届いた接種券を必ず持参してください。

- 上記の接種記録書は、2回目の接種でもシールを貼付しますので、**2回目の接種にもご持参ください**。接種記録書は、接種の記録となりますので、大切に保管してください。
- 後日、市町村から届いた接種券は、接種会場又は接種会場を主催している企業等にお持ちください。
- 市町村が発行する接種済証が必要な場合は、住民票がある市町村にお問い合わせください。(発行まで時間を要する場合があります。)

新型コロナワクチンに関する相談先

- ワクチン接種後に、健康に異常があるとき
➔ ワクチンの接種を受けた医療機関・かかりつけ医・市町村の相談窓口
- 予防接種による健康被害についての補償(救済)に関する相談
➔ 市町村の予防接種担当部門

新型コロナワクチンの詳しい情報については、厚生労働省ホームページをご覧ください。
右のQRコードからアクセスできます。

