

# 新型コロナウイルス感染症と予防接種

## 1. 新型コロナウイルス感染症とは

「新型コロナウイルス感染症 (COVID-19)」は、感染した人の咳やくしゃみ、会話の時に排出されるウイルスを吸い込んだり接触したりすることにより感染します。換気が不十分だったり、混雑した室内では、感染が拡大するリスクがあります。

症状は、無症状のまま経過する人もいますが、発熱、呼吸器症状、頭痛、倦怠感、消化器症状、鼻汁、味覚異常、嗅覚異常などが見られます。重症化しやすい人は、高齢者と基礎疾患を有する人です。

## 2. 新型コロナウイルス感染症の予防

一般的な感染症対策や健康管理を心がけることが重要です。具体的には、手洗いやアルコール製剤による手指消毒、人込みを避ける、マスクの着用、室内の換気などがあります。

新型コロナウイルスは現在も変異を繰り返しており、すでに感染したことがある方や、新型コロナワクチンを接種した方でも新しい変異株に再感染する可能性があります。流行株に対応した予防接種も対策のひとつです。

## 3. 予防接種の有効性

新型コロナワクチンについては、有効性や安全性が確認された上で薬事承認されており、さらに、国内外で実施された研究などにより、新型コロナウイルス感染症にかかった場合の重症化等を予防する効果が認められたと報告されています。

## 4. 予防接種の副反応

主な副反応として、接種後に注射した部分の痛み、疲労、頭痛、筋肉や関節の痛み、寒気、下痢、発熱などがみられることがあります。こうした症状の大部分は、接種後数日以内に回復しています。まれな頻度でアナフィラキシー（急性のアレルギー反応）が発生したことが報告されています。また、これまでに接種実績のあるワクチンにおいては、頻度としてはごくまれですが、心筋炎や心膜炎を疑う事例が報告されています。

## 5. 定期予防接種対象年齢

接種日において和歌山市に住民登録がある方で、（1）または（2）に該当する方

（1）満65歳以上の方

（2）満60歳から65歳未満の方で、心臓機能・腎臓機能・呼吸器機能・免疫機能（HIV感染によるもの）に障害があり、身体障害者手帳1級を所持されている方。  
または、上記の障害で身体障害者手帳1級と同等と判断された方。

## 6. 他のワクチンとの接種間隔

新型コロナワクチンと他のワクチンとの同時接種については、特に医師が必要と認めた場合に可能です。また、他のワクチンとの接種間隔に制限はありません。医師にご相談ください。

## 7. 予防接種を受ける前に

＜一般的注意＞

予防接種の必要性や副反応についてよく理解しましょう。わからないことがあれば、事前に医師に質問し、十分理解した上で予防接種を受けてください。

《予防接種を受けることができない方》

- ・明らかに発熱のある方：一般的に体温が37.5℃以上の場合。
- ・重い急性疾患にかかっている方
- ・ワクチンの成分に対し、アナフィラキシーなど重度の過敏症の既往歴のある方
- ・上記以外で、医師が予防接種を受けることが不適当な状態と診断した方

《予防接種を受けるに際し、主治医とよく相談しなくてはならない方》

予防接種は体調のよいときに受けるのが基本です。ご心配な方は、医師にご相談ください。

- ・過去に免疫不全の診断を受けた方、近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
- ・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方
- ・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方
- ・過去にけいれんを起こしたことがある方
- ・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方
- ・抗凝固療法を受けている方、血小板減少症または凝固障害のある方

《予防接種を受けた後の一般的注意事項》

接種後30分間は、急な副反応がおこることがあります。接種医にすぐに連絡がとれるようにしておきましょう。

接種当日は、いつもどおりの生活をしましょう。激しい運動や過度な飲酒は避けましょう。

8. 副反応がおこった場合

予防接種の後、まれに重い副反応が起こることがあります。また、予防接種と同時に、他の病気がたまたま重なって発病することがあります。予防接種を受けた後、注射部位のひどい腫れ、高熱などの症状があったら、必ず医師の診察を受けてください。

予防接種を受けたことにより、医療機関で治療が必要となったり、障害が残ったりした場合、救済給付を行う制度があります。申請に必要な手続き等、詳細については下記へお問い合わせください。

お問い合わせ先：和歌山市保健所 保健対策課

電話 073-488-5118 FAX073-431-9980

新型コロナウイルス感染症 予防接種済証

氏名		生 年 月 日	年 月 日
住所	和歌山市		
使用ワクチン製造元	Lot.No	接種量	接種場所・接種医師名
1.ファイザー 2.モデルナ 3.第一三共 4.武田薬品 5.MeijiSeikaファルマ 6.その他( )		ml	接種日 令和 年 月 日

※接種済証は接種を受けた証明になります。必ず保管してください。

和歌山市長