

平塚市

新型コロナワクチン 接種のお知らせ

接種費用
無料
(全額公費)



ワクチン接種までの流れ

1 接種可能な時期を確認する

新型コロナワクチンは、**医療従事者等、高齢者、基礎疾患のある方等**から順次接種を開始する予定です。ご自身の接種の順番をご確認いただき、順番が来るまでお待ちください。

※国からの発表をお待ちください。厚生労働省のホームページや平塚市のコールセンターでもご確認ください。

※高齢者や基礎疾患のある方の範囲は右面をご覧ください。

※少しお待ちいただく可能性はありますが、接種を希望されるすべての方が接種できるように、ワクチンは順次供給されます。安心してお待ちください。

2 医療機関/接種会場を探す

市からの広報やインターネットで、ワクチンを受けることができる医療機関や接種会場を探しましょう。

詳しくは右の**接種総合案内サイト「コロナワクチンナビ」**をご確認ください。

「コロナワクチンナビ」 サイトアドレス: <https://v-sys.mhlw.go.jp>

※医療機関や集団接種会場を探すことができない場合は、市にお問い合わせすることができます。

※入院中・入所中の方等を除き、ワクチンは平塚市で受けることができます。

住所地以外でのワクチン接種については、右面をご覧ください。

※コロナワクチンナビで直接予約をすることはできません。



「コロナワクチンナビ」
二次元コード

3 予約して、ワクチンを受ける

ワクチンを受けたい医療機関/市町村にお問い合わせください。

お近くの指定医療機関 **医療機関に直接予約** (電話、インターネットなど)

市の接種会場 **市コールセンター: 0570-098-894**



当日の
持ち物

- ・クーポン券 (このお知らせに同封されています)
- ・本人確認書類 (運転免許証、健康保険証等)
- ・予診票 (このお知らせに同封されています)



※接種前にご自宅で体温を測定し、明らかな発熱がある場合や体調が悪い場合などは、接種を控え、予約した市町村の窓口や医療機関にご連絡ください。

※肩を出しやすい服装でお越しください。

※ワクチンの効果を十分得るために、同じ種類のワクチンを一定の間隔を空けて2回受ける必要があります。1回目を受けた際、次回接種がいつから可能なのかご確認ください。

※同封されたクーポン券 (接種券) は、2回分の「接種券」や「予防接種済証」が1枚になっています。毎回、切りはなさず台紙ごとお持ちください。

平塚市の新型コロナワクチン接種方法について

本市では、新型コロナワクチン接種については、集団接種と個別医療機関での接種の2種類の方法を予定しています。接種には**事前予約が必要**となります。

ワクチンの供給量によって、予約枠が決定しますので、ご了承ください。

1 集団接種会場で接種を受ける場合

(1) 予約方法

WEB予約又は電話予約の2通りがあります。予約する場合は、お手元にクーポン券（接種券）をご用意の上、予約した日時、会場をメモしてください。

WEB予約時、メールアドレスを登録していただくと、予約内容が自動でメール返信される予定です。

集団接種会場で接種を受ける場合の予約方法

WEB予約	電話予約
二次元コードで簡単アクセス 二次元コードが読み込めない場合は、 下記URLを直接入力ください。 https://vaccines.sciseed.jp/hiratsukacity	0570-098-894 (ナビダイヤル) 平日8時30分から17時00分まで (土日・祝日除く)

(2) 接種会場

県を通じて国から割り当てられるワクチンの供給量等を踏まえ、4月以降、順次拡大を予定しています。詳細は、広報ひらつか等にてお知らせいたします。原則、土曜日と日曜日の開催予定です。

(令和3年2月末現在)

土日常設会場	所在地
平塚市保健センター	東豊田448番地3
平塚市役所本館	浅間町9番1号

土日臨時設置会場	所在地
ラスカ平塚 (ラスカホール)	宝町1-1 ラスカ平塚6階
神田公民館	田村3丁目12番5号
旭南公民館	山下1096番地1
金目公民館	南金目966番地
金田公民館	入野108番地1
土屋公民館	土屋1864番地1

〈 集団接種を受ける上での 注意点 〉

- ・現在、病気で治療中の方や体調などに接種に不安がある方は、必ずかかりつけ医等にご相談の上、ご予約ください。
- ・肩を出しやすい服装でお越しください。

2 個別医療機関で接種を受ける場合

(1) 予約方法

原則、各医療機関にて直接電話予約をしてお受けください。

なお、一部医療機関では、集団接種同様、予約システム及び市コールセンターにて予約することができます。

(2) 実施する個別医療機関

個別の接種が可能な医療機関については、今後、詳細が決定次第広報ひらつか及び市ホームページ等にてお知らせいたします。

3 接種時の注意点

(1) 接種を受ける際は、マスクを着用して会場にお越しください。

(2) あらかじめ予診票に必要事項をご記入の上、クーポン券（接種券）・本人確認書類（運転免許証、健康保険証等）をご持参ください。

(3) 接種者の同意がある場合に限り接種を行います。

4 ワクチンを接種する上での注意点について

(1) 予防接種を受けることができない人

次にあてはまる方は本ワクチンを接種できません。該当する場合は、必ず接種前の診察時に医師に伝えてください。

- ① 明らかに発熱している人(※1)
- ② 重い急性疾患にかかっている人
- ③ 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
- ④ 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

(2) 予防接種を受けるに当たり注意が必要な人

次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。該当する場合は、必ず接種前の診察時に医師に伝えてください。

- ① 抗凝固療法を受けている人、血小板減少症又は凝固障がいのある人
- ② 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
- ③ 心臓、腎臓、肝臓、血液疾患や発育障がいなどの基礎疾患のある人
- ④ 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出た人
- ⑤ 過去にけいれんを起こしたことがある人
- ⑥ 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

※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に伝えてください。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物が含まれています。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。

※血をサラサラにする薬を飲まれている方は、飲んでいる薬によっては、出血すると止まりにくいことがあるため、予診票で薬の種類をお尋ねしています。ワクチンを受けることはできますが、接種後の出血に注意が必要となります。接種後は、2分間以上、しっかり押さえてください。

5 副反応について

主な副反応は、接種部位の痛み、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（急性アレルギー反応）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。接種後に副反応を疑う症状が出た場合は、まずは接種医あるいはかかりつけ医にご相談ください。

なお、厚生労働省や神奈川県では、特設の電話相談窓口（コールセンター）を設置いたします。

・厚生労働省新型コロナワクチンコールセンター
0120-761-770（フリーダイヤル）
9時00分から21時00分まで

・神奈川県副反応相談窓口（コールセンター）

※3月中に開設する予定です。医師が電話対応を行う予定です。

詳細が決定次第、広報ひらつかや市ホームページにてお知らせいたします。

◎ 高齢者の接種開始

令和3年度中に65歳に達する方（昭和32年4月1日以前に生まれた方）から接種を予定していますが、そのなかでさらに時期を分けることもあります。

◎ 基礎疾患のある方とは

基礎疾患のある方は、高齢者の次に接種が開始される予定です。基礎疾患のある方とは、次のいずれかにあてはまる方です（令和3年2月1日時点の案であり、変更となる可能性があります。）。

1. 以下の病気や状態の方で、通院/入院している方

- | | |
|--|--------------------------------------|
| 1. 慢性の呼吸器の病気 | 7. 免疫の機能が低下する病気（治療中の悪性腫瘍を含む。） |
| 2. 慢性の心臓病（高血圧を含む。） | 8. ステロイドなど、免疫の機能を低下させる治療を受けている |
| 3. 慢性の腎臓病 | 9. 免疫の異常に伴う神経疾患や神経筋疾患 |
| 4. 慢性の肝臓病（ただし、脂肪肝や慢性肝炎を除く。） | 10. 神経疾患や神経筋疾患が原因で身体の機能が衰えた状態（呼吸障害等） |
| 5. インスリンや飲み薬で治療中の糖尿病
又は他の病気を併発している糖尿病 | 11. 染色体異常 |
| 6. 血液の病気（ただし、鉄欠乏性貧血を除く。） | 12. 重症心身障害（重度の肢体不自由と重度の知的障害とが重複した状態） |
| | 13. 睡眠時無呼吸症候群 |

2. 基準（BMI 30以上）を満たす肥満の方

※ BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)

※ BMI 30の目安：身長170cmで体重87kg、身長160cmで体重77kg

なお、同じ時期に、高齢者施設等の従事者への接種も開始される予定です。

☆ 現在、何かの病気で治療中の方や、体調など接種に不安がある方は、かかりつけ医等とご相談の上、ワクチンを受けるかどうかお考えください。

◎ 住民票がある場所（住所地）以外での接種について

- ・入院・入所中の医療機関や施設でワクチンを受ける方 → 医療機関や施設でご相談ください。
- ・基礎疾患で治療中の医療機関でワクチンを受ける方 → 医療機関でご相談ください。
- ・お住まいが住所地と異なる方 → 実際にお住まいの地域でワクチンを受けられる場合があります。コロナワクチンナビでご確認いただくか、実際にお住まいの市町村の相談窓口にお問い合わせください。

◎ ワクチンを受けるにはご本人の同意が必要です

現在、何かの病気で治療中の方や、体調など接種に不安がある方は、かかりつけ医等とご相談の上、ワクチンを受けるかどうかお考えください。

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、首相官邸ワクチン特設ページをご覧ください。

官邸 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。

お問合せ先

- 平塚市新型コロナワクチン接種コールセンター（一般的な問い合わせ・ワクチン予約はこちら）
TEL 0570-098-894（ナビダイヤル 平日8時30分～17時 ※土日・祝日を除く）
- 平塚市ワクチン接種予約サイト
サイトアドレス：<https://vaccines.sciseed.jp/hiratsukacity>
- 平塚市 健康課 新型コロナワクチン接種担当
〒254-0082
平塚市東豊田448-3 TEL0463-55-2111（直通）

平塚市ワクチン
接種予約サイト



平塚市
ホームページ



市ホームページ

平塚市 コロナワクチン接種 検索

券番号 0000035661

平塚市新型コロナウイルスワクチン
予防接種に係る接種券

平塚市

様



*38500001 001 000385 000387

この接種券を、
新型コロナウイルスワクチン予防接種会場
に必ず持参してください。

※接種会場での再発行はできません。

**新型コロナウイルスワクチンを受けられます。
費用負担はありません。**
年齢等により接種いただける時期が異なります。
ご自身の接種の時期が来るまで、こちらの接種券は大切にお持ち下さい。

《接種券》

券種	2	ワクチン接種	1	回目
請求先	神奈川県平塚市		142034	
券番号	0000035661			
(氏名)				

《診察したが接種できない場合》

券種	1	予診のみ	1	回目
請求先	神奈川県平塚市		142034	
券番号	0000035661			
(氏名)				

《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

1回目	
接種年月日	2021年 月 日
接種場所	

211420340000035661

111420340000035661

券種	2	ワクチン接種	2	回目
請求先	神奈川県平塚市		142034	
券番号	0000035661			
(氏名)				

券種	1	予診のみ	2	回目
請求先	神奈川県平塚市		142034	
券番号	0000035661			
(氏名)				

2回目	
接種年月日	2021年 月 日
接種場所	

221420340000035661

121420340000035661

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。

(氏名) _____
住 所 平塚市, _____

生年月日 _____ 昭和 年、月、日 生
神奈川県平塚市長 落合 克宏

平塚市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 市 区 府 県 町 村	
フリガナ	()	()
氏 名	電話 番 号	-
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	
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。	<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。 <input type="checkbox"/> 被接種者は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 ※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	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> 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