

品川区新型コロナウイルスワクチン接種のご案内

費用は
無料です

接種は
任意です

事前予約
が必要です

既往症がある方、接種にあたり不安な点がある方は
かかりつけの医療機関で**事前にご相談のうえ**、
ご予約ください。

1 実施方法

- ① 実施場所 品川区内集団接種会場または実施医療機関
- ② 対象者 接種日時時点で品川区に住民登録がある方
※対象年齢、接種順位等については、厚生労働省から示される情報に基づき、広報しながら、品川区ホームページ等に掲載します。
※品川区から転出した場合、接種券は無効になりますので、既に予約を入れていたとしても、ワクチン接種を受けることはできません。転出先の市区町村にご相談ください。
- ③ 接種回数 2回(国内に供給されているファイザー社製のワクチンにおける接種回数)
- ④ 接種間隔 3週間(国内に供給されているファイザー社製ワクチンの場合)
※3週間後の同じ曜日に接種してください。
※接種後3週間を超えた場合、できるだけ速やかに2回目の接種を受けてください。

品川区新型コロナウイルスワクチン接種コールセンター

電話 03-6633-2433

FAX 03-6684-4845

受付時間 午前9時～午後5時(火曜日は午後7時まで)
※土・日曜日、祝日を含む毎日開設

品川区ホームページ <https://www.city.shinagawa.tokyo.jp/>



2 接種までの流れ

① 接種券を受け取る

接種券は、品川区から本ご案内に同封されて郵送で届きます。大切に保管してください。

② 1回目の接種の予約をする

コロナワクチン接種を希望される方は「コールセンター」または「Web」にて予約をしてください。

③ 1回目の接種を受ける

予約した接種会場に行き、接種を受けてください。

※接種は肩へ行います。

肩を出しやすい服装でお越しください。

④ 2回目の接種の予約をする

1回目の接種が完了後、

「コールセンター」または「Web」にて2回目の接種予約をしてください。

⑤ 2回目の接種を受ける

予約した接種会場に行き、接種を受けてください。

※肩を出しやすい服装でお越しください。

⑥ 接種完了

接種済証は大切に保管してください。

※発熱等の体調不良等により接種を受けられない場合があります。

※原則、1回目の接種を集団接種会場で受けた場合、2回目も集団接種会場で受けてください。

同様に、1回目の接種を実施医療機関で受けた場合は、2回目も同じ実施医療機関で受けてください。(種類の異なるコロナワクチンを接種してしまうことを防ぐためです。)

3 接種の際に持参するもの

① **接種券**…本通知に同封している接種券(送付封筒ごとご持参ください)

② **予診票**…本通知に同封している「新型コロナワクチン接種の予診票」を必ず事前にご記入の上会場にご持参ください。記入方法は4ページをご覧ください。

③ **本人確認書類**…生年月日や住所の印字があり、本人確認できるもの。

運転免許証、マイナンバーカード(顔写真付きのもの)、健康保険証など

※接種の際に、接種券と本人確認書類をお忘れになった場合、接種を受けることができませんので、ご注意ください。

※2回の接種が終わるまで、接種券を紛失しないようにしてください。

4 予約方法

予約開始日は、品川区ホームページ、広報しながわでお知らせいたします。

①コールセンターでの予約

お手元に接種券をご用意のうえ、ご連絡ください。

コロナワクチン接種は
1回ごとに予約が必要です

品川区新型コロナウイルスワクチン接種
コールセンター

電話 03-6633-2433

FAX 03-6684-4845

受付時間 午前9時～午後5時(火曜日は午後7時まで) ※土・日曜日、祝日を含む毎日開設
※英語・中国語も対応

②Web 予約

予約の方法は、別紙「予約方法のご案内」をご参照ください。

Web 予約サイト「品川区新型コロナウイルスワクチン接種予約フォーム」

見本



※Web 予約サイトでは、予約情報確認の他、予約完了や予約日前日の通知メールが届くなどのサービスが受けられ大変便利です。予約開始直後は、コールセンターへのお電話が繋がりにくい状況も考えられますので、可能な方はぜひ Web 予約をご利用ください。

あなたの予約日時 (メモとしてご利用ください)

1回目 ___月___日() ___時___分から___時___分 場所_____

2回目 ___月___日() ___時___分から___時___分 場所_____

5 集団接種実施予定場所

施設名	住所
大崎第一地域センター	西五反田3-6-3
障害児者総合支援施設 ぐるっぼ	南品川3-7-7
旧荏原第四中学校	豊町3-5-31
旧ひろまち保育園	広町2-1-18
ウェルカムセンター原・交流施設	西大井2-5-21
こみゆにていぷらざ八潮	八潮5-9-11
大井競馬場	勝島2-1-2
品川区医師会館	北品川3-7-25
荏原医師会館	中延2-6-5

※実施予定場所は今後、追加・変更の可能性あります。

※医療機関での接種については調整中です。

※接種可能場所・日時等の最新情報はコールセンター・品川区ホームページでご確認ください。

6 予診票について

現在、治療(投薬など)を受けている場合、もしくは下の赤枠内に気になる点がある方は、**その病気を診てもらっている医師に、コロナワクチンの接種を受けて良いか必ず確認を取ってください。**

主治医に確認を取っていない場合、接種を受けることができない場合がありますのでご注意ください。

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票 (抜粋)

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

※左隅に合わせ、点線に沿ってま貼り付けてください

(クーポン貼付)

クーポン券は貼らないでください

住民票に記載されている住所	市区町村	
フリガナ		
氏名		
生年月日(西暦)	年 月 日 生(満 歳)	男・女 診察前の体温 度
質問事項		回答欄
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)		<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。		<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

他のワクチンを接種した場合は、コロナワクチンとの間隔を2週間開ける必要があります。2週間以内に他のワクチンを受けている場合は、コロナワクチンを接種できませんので、ご注意ください。