



清水町

新型コロナウイルス ワクチン接種ガイド

接種費用

無料

(全額公費)

新型コロナウイルスのワクチン接種は、国から示されている接種順位に基づき順次接種を開始したところです。今回のご案内は、「高齢者」の接種順位に該当する中で、75歳以上の方に送付しています。このお知らせでは、清水町における新型コロナウイルスのワクチン接種における予約方法や接種時に必要な予診票の書き方等の情報をお知らせします。

同居のご家族様で、まだ順番に達しておらず、案内が届いていない方は、少しお待ちいただくことになりますが、接種を希望されるすべての方が必ず接種できるように、ワクチンは順次供給されますので、ご安心くださるようお願いください。

送付書類について (封筒に5枚入っていることをご確認ください)

発送書類	内容
接種券 (クーポン)	2回分の「接種券」、「予防接種済証」が1枚になっています。毎回、切り離さずに台紙ごと、接種当日に会場にお持ちください。
予診票	接種1回目用の予診票です。事前に裏面の記載例を参考に体温以外の個所を記入して接種当日に会場にお持ちください。 2回目の予診票は、1回目接種後にお渡しします。
新型コロナウイルスワクチン接種のお知らせ	ワクチンに関する国からの情報提供が記載されています。
新型コロナウイルスワクチン予防接種についての説明書	確認してご理解の上、接種してください。
清水町新型コロナウイルスワクチン接種ガイド	接種券 (クーポン) の説明、ワクチン接種の予約方法や接種会場、当日の持ち物や事前準備、予診票の記載例が書かれている清水町からのお知らせです。【今お読みいただいている書類です】

接種券(クーポン)について

同封の接種券(クーポン)はシールになっていますが、**はがさずに台紙のまま**接種会場へお持ちください。

ご自分の名前が記載されていることを確認してください。

予約の際に必要なとなる**10桁の「接種券番号」**です。

接種券		予診のみ		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	
券種	2 ワクチン接種 1 回目	券種	1 予診のみ 1 回目	1回目	接種年月日
請求先	〇〇県〇〇市 123456	請求先	〇〇県〇〇市 123456	接種年月日	2021年
券番号	1234567890	券番号	1234567890	月日	月 日
氏名	厚生 太郎	氏名	厚生 太郎	接種場所	メーカー/Lot No. (シール貼付け)
OCRライン (18桁)		OCRライン (18桁)		2回目	
券種	2 ワクチン接種 2 回目	券種	1 予診のみ 2 回目	接種年月日	2021年
請求先	〇〇県〇〇市 123456	請求先	〇〇県〇〇市 123456	接種年月日	2021年
券番号	1234567890	券番号	1234567890	月日	月 日
氏名	厚生 太郎	氏名	厚生 太郎	接種場所	メーカー/Lot No. (シール貼付け)
OCRライン (18桁)		OCRライン (18桁)		氏名	厚生 太郎
<p>接種を受ける方へ</p> <ul style="list-style-type: none"> ●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。 					
住所	〇〇県〇〇市〇〇 999-99		生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日 生	
〇〇県〇〇市長 日本 一部					

ワクチン接種の予約について

ワクチン接種は、原則として、住民票所在地の医療機関や集団接種会場での接種となります。清水町内での接種会場は次のとおりです。



注意

個別接種・集団接種どちらも必ず「清水町新型コロナウイルスワクチン接種予約センター」(☎0120-666-783)に予約してください。

ワクチン数の管理をしていますので、予約なしで会場に来てても接種はできません。

個別接種 [接種開始予定日:5月17日(月)~]

下記の医療機関で実施します。

医療機関での接種予約はできませんので、必ず「清水町新型コロナウイルスワクチン接種予約センター」(☎0120-666-783)に予約をしてください。

直接医療機関にお問い合わせはしないようよろしくお願いいたします。

医療機関名	住所	接種曜日(祝日除く)	受付時間
前田クリニック	南1条4丁目1	月・火・木・金 (6月から土・日も接種)	14時~16時
だい内科医院	南4条4丁目2-1	月~金	14時~16時
御影診療所	御影西2条3丁目13	月~金	9時30分~16時30分

集団接種 [接種開始予定日:5月16日(日)~]

下記の会場で実施します。

必ず「清水町新型コロナウイルスワクチン接種予約センター」(☎0120-666-783)に予約をしてください。ワクチンの国からの分配状況によっては日程が変更になる場合があります。

接種会場	住所	接種曜日(祝日除く)	受付時間
清水町文化センター	南3条3丁目1	土・日	9時~16時30分

※個別接種・集団接種ともに、予約は30分毎の枠になります。

ワクチン接種の予約開始日 5月7日(金) 8時~

接種券がお手元に届きましたら、接種を希望する方は、予約センター(☎0120-666-783)に電話をし、氏名、生年月日、電話番号、接種券番号を伝え、接種希望日時と会場の予約をしてください。(インターネット予約も可能)

新型コロナウイルスワクチンの接種回数は2回です。原則3週間の期間をあけて2回目の接種になります。(自動で3週間後の同じ曜日・時間・会場で2回目の接種が予約されます。)都合により3週間後に接種を受けられない場合は、予約センターに連絡し、3週間をこえた可能な限り速やかに2回目の接種を受けてください。(再予約することになります。)

日	月	火	水	木	金	土
	接種 1回目	①	②	③	④	⑤
⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫
⑬	⑭	⑮	⑯	⑰	⑱	⑲
⑳	接種 2回目	※3週間後の同じ曜日・時間・会場で 2回目を接種します!				

当日の持ち物・事前準備について

個別接種・集団接種については、どちらも①、②、③の書類がないと接種ができませんので、接種当日は必ず忘れずにご持参ください。

① 同封の「接種券（クーポン）」

シールになっていますが、**はがさないで、台紙のまま**お持ちください。

② 「本人確認書類」

健康保険証や運転免許証などの**住所、氏名、生年月日がわかるもの**

③ 同封の「新型コロナワクチン接種の予診票」

次のページにある記載例を参考に、**体温以外の個所を事前に記入**してきてください。

④ 予防接種は、上腕の三角筋（肩に近い部分の腕の筋肉）に行います。

下着は、袖口にゆとりのある半そで又はランニングシャツなどを着用してください。

上着は、脱ぎ着がしやすいようなシャツやカーディガンを推奨します。

⑤ 接種後、**体調確認のため15分間、会場で健康観察**を行います。

必要であれば、雑誌・新聞などをご持参ください。

※接種当日は、体温測定し、**明らかに発熱や体調が悪い場合は、接種を控え、**

清水町新型コロナウイルスワクチン接種予約センターにご連絡ください。

※接種当日は、**予約をした時間に会場にお越しください。**早く着いてもお待ちいただく可能性があります。



集団接種会場までの送迎の相談について(65歳以上)

65歳以上で、接種会場までの移動手段がない方（足が不自由、会場まで遠方で移動手段がない、近所に会場までの送迎を頼める親族や知人がいない 等）につきましては、**町で集団接種会場(文化センター)までの送迎を予定**しています。

接種予約をする前に必ず役場保健福祉課（☎ 67-7320）までご相談ください。

なお、**町での送迎となる方**につきましては、**接種日時の指定はできません**ので、予めご了承ください。



接種予約・予約キャンセル・お問い合わせ・相談

清水町新型コロナウイルスワクチン接種予約センター

【対応:JP ツーウェイコンタクト(株)[日本郵政グループ]】

フリーダイヤル **0120-666-783** 受付時間 8時～20時(無休)

※インターネットによるWEB予約も可能です。

アドレス <https://shimizu-vc.com/>



予約センター
二次元コード

予診票の記入例

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。

※左欄に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください。
ここは何もはらないでください！

当日会場で測ります

チェック漏れがないか
確認しましょう

住民票に記載されている住所	北海道 上川郡清水市 区 町 村		南〇〇条〇〇丁目〇〇番地											
フリガナ	しみず たろう		電話	(0156)										
氏名	清水 太郎		電話番号	62 - 〇〇〇〇										
生年月日(西暦)	1950	年	1	月	1	日生(満	71	歳)	<input checked="" 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) 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				

新型コロナウイルス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



予診票は事前に書いておきましょう。
基礎疾患等で通院している人は、かかりつけ医に
接種を受けてもよいか相談しましょう！