



清水町

5歳～11歳
3回目追加接種の方向

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)

このお知らせでは、清水町における5歳から11歳までの新型コロナウイルスのワクチン追加接種（3回目）における予約方法や、接種時に必要な持ち物、予診票の書き方等の情報をお知らせします。

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
接種券一体型予診票	「接種券」と「予診票」が1枚になっています。 必要項目を記入のうえ、接種当日に会場に必ずお持ちください。
予防接種済証	3回目接種のシールを貼る台紙です。 同封されていますので、接種当日に会場に必ずお持ちください。
新型コロナワクチン接種 (3回目)のお知らせ	内容をよく読んで、接種を受けるかどうかご検討ください。
新型コロナワクチン 予防接種についての説明書	内容を確認し、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	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、接種券一体型予診票の記載例が書かれている清水町からののお知らせです。 【今お読みいただいている書類です】



5～11歳のお子様の保護者の方へ

3回目追加接種を行うことで、時間の経過とともに低下した発症予防効果が回復したり、オミクロン株を含む新型コロナウイルスに対する中和抗体価が上昇することが示されていることから、5歳から11歳の方も新型コロナワクチンの3回目接種を受けられるようになりました。5歳から11歳のお子様がいる保護者の皆さまは、3回目のワクチン接種を受けるか、お子様と一緒にご検討ください。

- ◆お子様への接種を希望する場合は、予診票の署名欄に、保護者の氏名を署名してください。**予診票に保護者の氏名が無ければ予防接種は受けられません。**
- ◆**接種の際は、必ず保護者の同伴をお願いします。**保護者がやむを得ない事情により同伴できない場合は、お子様の健康状態を普段より熟知し、保護者の代わりを務められる方が同伴してください。
なお、**保護者が同伴できない場合は、保護者からの委任状が必要ですので事前に保健福祉課（☎0156-67-7320）にご連絡ください。**
- ◆予診票の「電話番号」記載欄には、保護者の電話番号を記載してください。
- ◆疑問などがあれば、国や町からの情報をご覧いただくか、あらかじめかかりつけ医等に相談し、納得した上で接種するかどうかのご判断をお願いいたします。

接種までの流れ



◆使用するワクチンは、ファイザー社の5～11歳用の子ども用ワクチン（12歳以上のものに比べ、有効成分が3分の1です）を使用します。

ワクチン接種の予約方法について

1 インターネットで予約（URL 又は QR コードからアクセスし予約する）

アドレス <https://vaccines.sciseed.jp/shimizu> 【24時間対応】

予約の手順

- ①接種券番号とパスワード(西暦で生年月日)を入力
- ②「利用規約に同意する」に を入れログインする
- ③日時又は会場で予約する
- ④予約の確定



予約センター
QRコード

2 電話で予約（コールセンターに電話し予約する）

清水町新型コロナウイルスワクチン接種予約・相談センター

フリーダイヤル **0120-587-621** 受付時間 8時30分～20時(無休)

予約の際に伝えること

- ①接種券番号(接種券一体型予診票に記載されている10桁の数字)
- ②生年月日(西暦)
- ③氏名
- ④電話番号
- ⑤メールアドレス(任意)
- ⑥接種希望会場または希望日時

町から追加接種に関する封書がお手元に届きましたら、インターネットまたは電話で接種予約をしてください。

インターネット上の予約画面では、予約後に「予約の確認」及び「予約キャンセル」の手続きも行えますので必要に応じてご利用ください。

接種券が届いたら
すぐに予約できます！
インターネット予約が
おすすめです!!



注意

接種する当日に12歳になっているお子様は、子ども用ワクチンでの接種は受けられません。一般用ワクチンでの接種となりますので、予約システムか予約・相談センターの一般枠でお申し込みください。

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も接種はできません。

ワクチン接種の会場について

ワクチン接種は、原則として、住民票所在地の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。



5歳～11歳のお子様の接種予約は、医療機関ではできませんのでご注意ください。

接種方法	会場・医療機関	接種対応日
個別接種	清水赤十字病院	予約サイトまたはコールセンターでご確認ください。

当日の持ち物・事前準備について

ワクチン接種については、**①、②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 「接種券一体型予診票」と「予防接種済証」（送付した封筒に同封しています）
次のページにある予診票記載例を参考に、予診票の体温以外の個所を事前に記入してきてください。
- ② 「本人確認書類」と「母子手帳」
本人確認書類は、住所、氏名、生年月日がわかるもの（健康保険証、マイナンバーカードなど）
- ③ 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。
- ④ 接種後、体調確認のため15分～30分程度、会場で健康観察を行います。
必要であれば、雑誌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・相談センター（☎0120-587-621）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。



ワクチン接種に関するお問い合わせ先

清水町役場 保健福祉課 健康推進係

☎ 0156-67-7320 受付時間 8時45分～17時30分(平日のみ)



今回はこの部分が接種券です

接種券一体型予診票の記入例

新型コロナワクチン接種の予診票（追加接種用）

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

券種	2	(<input type="checkbox"/> 予診のみ)	3	回目
請求先	北海道清水町		1 2 3 4 5 6	
券番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0			
氏名	厚生太郎			
 231234561234567890				

住民票に記載されている住所	北海道 上川郡清水町		市区町村
フリガナ	こうせい たろう		
氏名	厚生太郎		電話番号 (0156) 62 - 〇〇〇〇
生年月日(西暦)	2015年	1月	1日生(満7歳) <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

当日会場で体温を測ります

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受けたことがありますか。 接種日(1回目: 年 月 日、2回目: 年 月 日) 接種を受けたワクチン()	<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、接種券又は右上の請求先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	
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"/> 毛細血管漏出症候群 <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	

チェック漏れがないか 確認しましょう

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
-------	---	------------

医療機関記入欄	<input type="checkbox"/> 時間外(受付時間 :) <input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> 小児(6歳未満) <input type="checkbox"/> 予備① <input type="checkbox"/> 予備② <small>※該当する項目について、マークの形からはみ出さないように濃く塗りつぶしてください。</small>
---------	---

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)

接種希望欄に☑を入れ、接種当日の年月日と、保護者の氏名を記入してください。

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
	ml	医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
医師記入欄			2021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!