



清水町

4回目追加接種の方用

# 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、清水町における新型コロナウイルスのワクチン追加接種（4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。<br>接種当日に会場に必ずお持ちください。                                                |
| 予防接種済証                                    | 4回目接種のシールを貼る台紙です。<br>接種当日に会場に必ずお持ちください。                                                     |
| 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<br>(追加（4回目）接種用) | ファイザー社ワクチン用の追加（4回目）接種に関する説明書です。<br>武田／モデルナ社ワクチン用の追加（4回目）接種に関する説明書です。                        |
| 清水町新型コロナウイルス<br>ワクチン接種ガイド                 | 4回目追加接種の説明、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、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】 |

## 国の新型コロナウイルスワクチン接種追加方針について

3回目接種のワクチンの有効性の持続期間や、現時点までに得られている4回目接種の有効性・安全性に関する知見、諸外国における対応状況等を踏まえ、重症化予防を目的として、4回目の接種を特例臨時接種として位置付けられました。

新型コロナワクチン追加接種（4回目接種）を実施するにあたり、次のとおり国から方針が示されています。

|        |                                                                                                            |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対象者    | 3回目のワクチン接種から5か月が経過した<br>①60歳以上の方<br>②18歳以上で基礎疾患を有する方、その他 重症化リスクが高いと医師が認める方<br>※今後の更なる科学的知見を踏まえ、必要に応じて適宜見直し |
| 回数     | 1回                                                                                                         |
| 使用ワクチン | 1～3回目に接種したワクチンの種類に関わらず、ファイザー社製ワクチン又は武田/モデルナ社製ワクチンを使用します。                                                   |

1回目



3週間あける

2回目



5か月以上あける

3回目

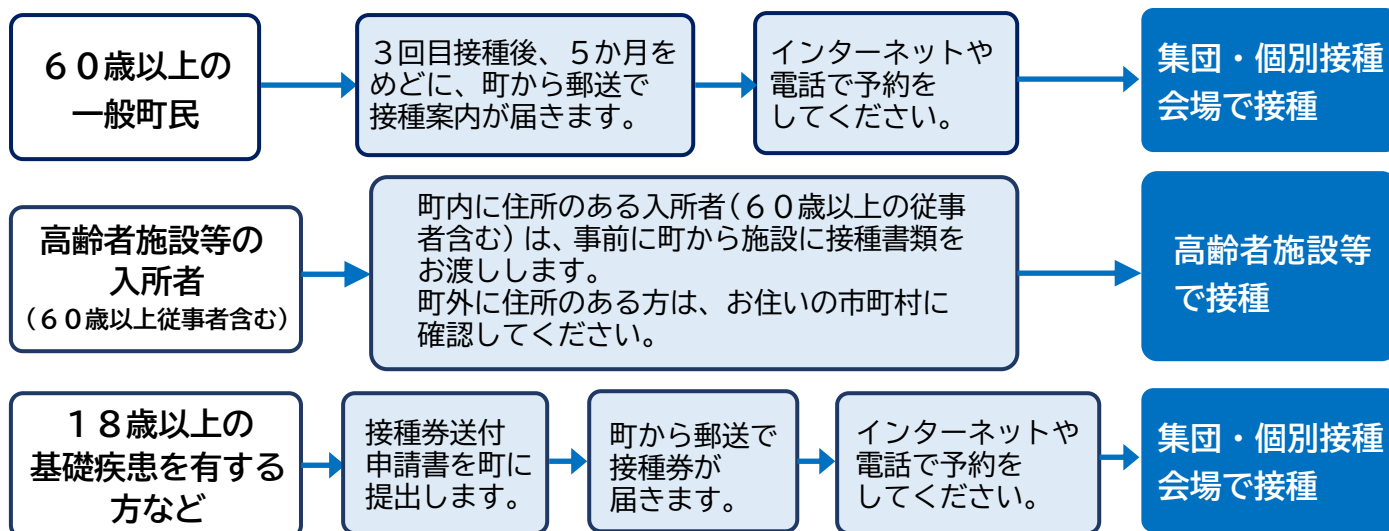


5か月以上あける

4回目



## 接種までの流れ



## ワクチン接種の予約方法について

### 1 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

### 2 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を入力 ②日時又は会場で予約 ③予約の確定



予約センター  
QRコード

町から追加接種に関する封書がお手元に届きましたら、  
電話またはインターネット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活用ください。

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

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」(WEB 予約 <https://vaccines.sciseed.jp/shimizu> または ☎0120-587-621) に  
ご予約ください。

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、住民票所在地の集団接種会場や医療機関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。



**医療機関での接種予約はできませんので、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します。**

| 接種方法 | 会場・医療機関                 | 接種対応日                    |
|------|-------------------------|--------------------------|
| 集団接種 | 清水町保健福祉センター（清水赤十字病院 協力） | 予約サイトまたはコールセンターでご確認ください。 |
| 個別接種 | 前田クリニック、だい内科医院、御影診療所    |                          |

※前田クリニックは、クリニック入口とは別に「ワクチン接種会場入口」があります。

※御影診療所は、御影診療所裏の「通所リハビリテーション入口」が接種会場入口になります。

## 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 同封の「**接種券一体型予診票**」と「**予防接種済証**（4回目のシールを貼る台紙）」  
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**」  
**住所、氏名、生年月日がわかるもの**（運転免許証や健康保険証、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。

## 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（保健福祉センター）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。**





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

※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 | 北海道 上川郡清水町 南〇〇条〇〇丁目〇〇番地 |                     |
| フリガナ          | こうせい たろう                | 電話番号 (0156) 62-〇〇〇〇 |
| 氏名            | 厚生 太郎                   |                     |
| 生年月日(西暦)      | 1957年 1月 1日生            | 満65歳) ☑男・☐女         |

|     |            |        |
|-----|------------|--------|
| 券種  | 2 (予診のみ)   | 4 回目   |
| 請求先 | 北海道清水町     | 123456 |
| 券番号 | 1234567890 |        |
| 氏名  | 厚生 太郎      |        |

電話番号と年齢を記入してください。

| 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。                                                                                                                                                                                                                                        | <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。                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |       |
| 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<br><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( )                                                                                                                                                                                     |                                                          |       |
| 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。                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |       |
| 薬・食品など原因になったもの( )                                                                                                                                                                                                                                                |                                                          |       |
| 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。                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |       |
| 種類( ) 症状( )                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                          |       |
| 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 )<br>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 | 〇 時間外(受付時間 : ) 〇 休日 〇 小児(6歳未満) 〇 予備① 〇 予備② |
|---------|--------------------------------------------|

### 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)

|                      |     |                |                                   |
|----------------------|-----|----------------|-----------------------------------|
| 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。 |
| シール貼付欄               |     | 実施場所           | 医療機関等コード                          |
| ※枠に合わせてまっすぐ貼り付けてください |     |                |                                   |
| (注)有効期限が切れていないか確認    |     |                |                                   |

接種希望欄に☑を入れ、  
今回の接種年月日と氏名を記入してください。

予診票は事前に書いておきましょう！

当日会場で体温を測ります

チェック漏れがないか  
確認しましょう