



清水町

オミクロン株対応
ワクチン接種用

新型コロナウイルス ワクチン接種ガイド

清水町
ワクチン接種予約・相談
コールセンター
フリーダイヤル
0120-587-621

新型コロナウイルスのオリジナル株（武漢株）とオミクロン株に対応した2価ワクチンの接種について、厚生労働省より方針が示されたことから、オミクロン株に対応したワクチンによる追加接種を行います。

このお知らせでは、清水町における新型コロナウイルスオミクロン株対応ワクチン接種の予約方法や、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。

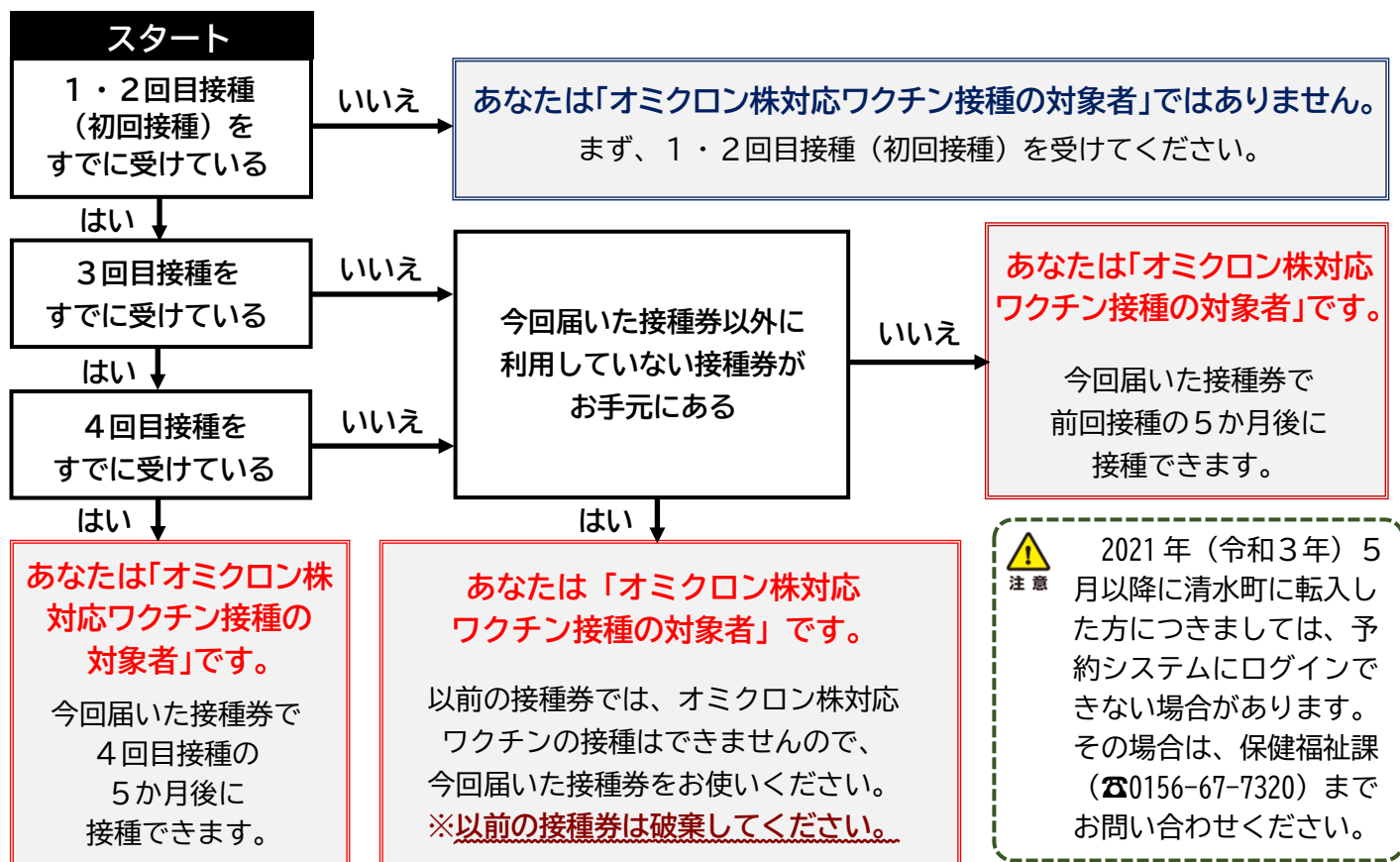
送付書類について

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。 ※ 接種当日に会場に必ずお持ちください。
予防接種済証	ワクチンシールを貼る台紙です。 ※ 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（オミクロン株対応）予防接種についての説明書	ファイザー社製オミクロン株対応ワクチンの接種に関する説明書です。 モデルナ社製オミクロン株対応ワクチン接種に関する説明書です。
清水町新型コロナウイルスワクチン接種ガイド	オミクロン株対応ワクチンの接種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】

オミクロン株対応ワクチンについて

対象者	従来のワクチンを2回以上接種した12歳以上の全ての方 ※これまでの4回目接種対象者は、60歳以上の方や重症化リスクが高い方等に限定されていましたが、オミクロン株対応ワクチン接種では、その限定がなくなりました。		
使用ワクチン	オリジナル株（武漢株）とオミクロン株（BA.1）に対応した2価ワクチン ※ファイザー社製ワクチンとモデルナ社製ワクチンを使用予定です。		
回数	1回	費用	無料（全額公費負担です）
接種間隔	直近に接種した新型コロナワクチン接種完了日から5か月以上 ※なお、10月下旬までに接種間隔の短縮が検討されています。		
効果と安全性	・オミクロン株の成分を含むワクチンは、1価の従来ワクチンを上回る重症化予防効果が期待されます。 ・短い期間である可能性はあるものの、オミクロン株に対する感染予防効果や発症予防効果も期待されます。 ・2価のオミクロン株対応ワクチンは、1価の従来ワクチンに比較し、誘導される免疫も、より多様な新型コロナウイルスに反応することが期待されます。そのため、今後の変異株に対しても、重症化予防効果及び感染・発症予防効果において、より有効である可能性が、1価の従来ワクチンより高いと期待されています。		

オミクロン株対応ワクチン接種フローチャート



ワクチン接種の予約方法について



予約センター
QRコード

- 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

- 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、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!!





・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ても接種はできません。

・医療機関での接種予約はできません。
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。

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。



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）	12 月より接種開始予定
個別接種	前田クリニック、だい内科医院、御影診療所	予約サイトまたはコールセンターでご確認ください。

※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（ワクチンシールを貼る台紙）」
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、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

※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 上川郡清水市 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	性別 ☒ 男 ☐ 女
生年月日 (西暦)	1957 年 1 月 1 日生 (満 65 歳)	診察前の体温 〇 度 〇 分

券種	2 (予診のみ)	5 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	QRコード
氏名	厚生 太郎	2 4 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

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。	☐ はい ☐ 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。	☐ はい ☐ 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。	☐ はい ☐ 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。	☐ はい ☐ いいえ	
病名： ☐ 心臓病 ☐ 腎臓病 ☐ 肝臓病 ☐ 血液疾患 ☐ 血が止まりにくい病気 ☐ 免疫不全 ☐ 毛細血管漏出症候群 ☐ その他()	☐ はい ☐ いいえ	
治療内容： ☐ 血をサラサラにする薬() ☐ その他()	☐ はい ☐ 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()	☐ はい ☐ いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状()	☐ はい ☐ いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	☐ はい ☐ 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。	☐ はい ☐ いいえ	
薬・食品など原因になったもの()	☐ はい ☐ 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。	☐ はい ☐ いいえ	
種類() 症状()	☐ はい ☐ 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。	☐ はい ☐ 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()	☐ はい ☐ いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	☐ はい ☐ 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(☐ 可能 ・ ☐ 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	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
シール貼付位置			
※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、
接種当日の年月日と氏名を記入してください。

2022 年 〇 月 〇 日



予診票は事前を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！

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