

免费
接种

新冠疫苗 接种的通知

追加
接种用

所使用疫苗，顺次奥密克龙株对应替换。根据接种会场，使用的疫苗有所不同，请务必确认疫苗种类后，进行预约。*奥密克龙株对应疫苗接种一人只限1次。

关于同封的已预防接种证明・预诊票・接种券

已预防接种证明

接种证是接种后的证明,请您妥善保管。

预诊票・接种券

预诊票请提前填写。

打印的日期是
可接种日期。

あなたの今回のワクチン接種は
2022年00月00日(○)以降です。
ワクチン接種には予約が必要です。

新型コロナウイルスワクチンを受けられます。
費用負担はありません。
接種を受けるときは、
この用紙と予診票を忘れずにお持ちください。

この書面は、あなたが3回目のワクチン接種をした事実を
証明する大事な書面ですので、大切に保管してください。

新型コロナウイルスワクチン 予防接種済証(臨時接種) Certificate of Vaccination for COVID-19

あなたの接種券番号: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

3回目	氏名	旭川 太郎
接種年月日	住 所	旭川市6条通9丁目
年 月 日	生年月日	1995年 1月1日

北海道旭川市長

新型コロナウイルスワクチン、2回目接種記録		
1回目	2回目	
接種年月日	2021年06月20日	2021年07月11日
メーカー	ファイザー	ファイザー
Lot No.	FC0000	FC0000

※ *が印字された箇所については、別途、当該接種の実施自治体から発行さ

已接种处, 打印着接种情报。

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

※本特内にご記入またはチェック区を入れてください。

接種回数() 前回の接種日() 年 月 日

前回の接種を受けた新型コロナウイルスの種類()

現時点で体調不良のある市町村と、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。

「新型コロナウイルスの説明書」を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。

現在、何らかの病気にかかっている治療(投薬など)を受けていますか。

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()

治療内容: 血をサラサラにする薬() 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()

今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状()

いれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。

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()

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せんか。

2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類() 受けた日()

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。

今日の予防接種について質問がありますか。

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 不可
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

医師確認記入欄
時間外(受付時間) 休日

新型コロナウイルス接種希望書
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
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。

医師記入欄
接種に合わせて必ずここに貼り付けてください
(※)有効期限が経っていない確認

此处为接种券。
券号栏10位
数字为接种编号

「新冠疫苗接种预诊票」处，
打印有接种日期，请仔细阅读
切勿错过日期。
※在其他市区町村接种者，
接种日处有「*」型标记。

接种券在接种会场不能再发行。接种时请随身携带切勿遗失。

☑ 接种当日须携带物品

- ☐ 新冠疫苗接种预诊票(追加接种用)・已预防接种证明 (通知在同封中。请勿裁剪。)
- ☐ 健康保険証等の本人确认書類
- ☐ 药品手帳(持有者)

关于使用的疫苗

奥密克龙株对应疫苗

奥密克龙株对应疫苗

辉瑞一社制 或 武田/摩德纳社制

12岁~17岁者只使用辉瑞社制

请参考同封的厚劳省小册子

根据会场的情况，有可能使用上记以外的疫苗。详细请查阅HP，或请电话专线咨询。

For
Foreigners



疫苗接种的预约流程

电话专线·预约系统的希望接种日在**2周前的星期二**开始有可能预约。

如有经常就诊的医院，请与就诊的医院咨询。

希望在集团接种会场接种

电话预约

旭川市新冠疫苗电话专线

预约专线 **0120-057-160**

预约·咨询 **0166-25-3501**

〈平日·休日 8:45~17:15〉

打电话困难者，请发传真。

FAX：0166-21-3176

希望在医疗机关接种

网络预约系统

新冠疫苗接种预约系统



关于医疗机关的预状况
和寻找可接种的会场



医疗机关的预约状况

预约支持中心※预约

※另页「新冠疫苗接种会场一览」参考

各医疗机关直接电话预约

◆疫苗接种须本人同意

疫苗接种时，有预防效果的同时也伴有可能发生副作用的危险性，所以需要在理解的情况下，根据自己的判断，本人同意方可接种，如不同意不能接种，因此请勿强制周围的人接受疫苗接种，不愿接受疫苗接种者请勿给予歧视。

◆关于持有基础疾病患者

持有基础疾病的患者，请首先与就诊的医疗单位联系咨询。如没有咨询的医疗单位，请在接种会场预诊时咨询。

◆致12岁到15岁青少年的家长

○疫苗接种，是针对希望接种者，并需要在家长的同意下方可接种。希望接种的时、**请家长务必在预诊票签字栏处、亲笔签名。**

○疫苗接种时，原则须家长陪同。但是，中学生以上者，在接种的医疗机关（接种会场）认可的情况下，确认有家长同意接种签字后的场合，无须家长陪同也可能可以接种。

○有家长陪同接种时，预诊票的「电话号码」记载栏处，请记载（预诊或接种时，必须有家长联络用的电话号码）紧急联络号码。

◆关于其他手续

○希望在旭川市以外接种（住所登记以外地接种）

旭川市的住民票，但在其他市区町村居住者，可于现在居住的市区町村接种疫苗。希望接种者，请与现居住地区町村窗口咨询

○旭川市居住登记转出者

居民登记转出者，旭川市发行的接种券已不能使用。请与转入的市区町村窗口咨询，申请再发行接种券手续。申请时必须持有旭川市发行的接种券，因此请妥善保管旭川市接种券，切勿丢弃遗失。

◆有预防接种的健康损害救济制度

预防接种时，如有健康损害（残留有疾病障碍）发生。并为极为罕见症状，为不易消失的疾病症状的患者，而设有的救济度。必要的申请手续。请与旭川市保健所新冠肺炎感染对策担当联系。