

带状疱疹ワクチン定期予防接種のお知らせ

※この予防接種は、原則有料です。

該当者氏名			
生年月日			
年 齢		性 別	
整理番号			

対 象 者

浦添市に住所を有する方で、下記の①～③のいずれかに該当する方を対象とします。

- 令和8年度内に65歳を迎える方
- 60歳以上65歳未満の者であって、ヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に障害があり、日常生活がほとんど不可能な方(証明書の写しが必要になります。)
- 令和8年度内に70、75、80、85、90、95、100歳を迎える方

※③は経過措置となります。

※「带状疱疹ワクチン」定期予防接種は、予防接種法に基づくものですが、接種を受けるよう努める義務は対象者に課されておらず、対象者が希望する場合、実施期間に1回又は2回(ワクチンにより異なります。)のみ接種可能です。なお、対象者の接種の意思が確認できない場合は接種することができません。

実 施 期 間

令和8年4月1日～令和9年3月31日まで

自 己 負 担 額

- 生ワクチン：4,000円 ※1回接種のみ
- 組換えワクチン：1回あたり 10,000円
※2回接種(1回目は令和9年1月までに接種してください。)

※上記2つのワクチンから1つ選んで、実施期間中に接種を完了する必要があります。

※異なるワクチンを接種した場合、また、実施期間を過ぎて接種した場合は、定期予防接種に該当しないため、全額自己負担となりますのでご注意ください。

※生活保護受給者等は接種日の属する月に発行された受給者証明書の写しを医療機関に提出した場合は、全額無料となります。

帯状疱疹予防接種予診票

※太い線で囲まれたところを記入するか○で囲んでください。

診察前の体温		度	分
住所			
氏名	性別		
生年月日	(満 歳)		

質問事項	回答欄	医師記入欄
帯状疱疹の予防接種を受けたことがありますか。	はい いいえ	
(今回の接種が2回目以降の場合) 前回接種したワクチンの種類、接種年月日を記載してください。 (注1) ワクチンの種類は①シングリックス(組換えワクチン)、②乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」(生ワクチン)、③その他のうち、いずれか一つを○で囲んでください。	① / ② / ③ 年 月 日	
今日の帯状疱疹の予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか。	はい いいえ	
今日の予防接種の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、何か病気にかかっていますか。	はい いいえ	
病名 ()	はい いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか。	はい いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい いいえ	
具合の悪い症状を書いてください。()	はい いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	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がありますか。	はい いいえ	
予防接種の種類 ()	はい いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか。	はい いいえ	
予防接種の種類 ()	はい いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。	はい いいえ	
病名 ()	はい 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。	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。	はい いいえ	
病名 ()	はい いいえ	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか。	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、今日の予防接種は(可能・見合わせる)と判断します。
本人に対して、予防接種の効果、目的、接種するワクチンの有効性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、説明をした。
医師の署名又は記名押印 _____

本人記入欄

帯状疱疹予防接種希望者(医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)
医師の診察・説明を受け、予防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、予防接種の安全性の確保を目的としております。
このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 被接種者自署

代筆者(※)

続柄

(※) 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すること。

ワクチンの種類 ロット番号 ※ロットNo.シールをお貼りください	接種方法	接種量	実施場所・医師名・接種年月日 (予診のみの場合もご記入ください)
ワクチン名	シングリックス 筋肉内注射	0.5ml	実施場所:
Lot No.	乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」 皮下注射		医師名:
※有効期限が切れていないか要確認			接種(予診)年月日: 令和 年 月 日