

高齢者用带状疱疹ワクチン予防接種予診票

使用期限:令和8年4月1日～令和9年3月31日

※ご本人及び医療機関の方へ

必ず生年月日をご確認のうえ接種してください。60～64歳の方は条件に該当する場合のみ接種できます。

接種年度末現在の年齢(○で囲む)	60～64歳 (特定の疾患がある方)	65歳	70歳	75歳	80歳	85歳	90歳	95歳	100歳	診察前の体温	度	分
住所	大木町大字										電話()	
ふりがな			男	生年月日	大正・昭和 年 月 日							
氏名			女	年月日	(満 歳)							

質問事項 ()内に数字、○印など記入してください	回答欄	医師記入欄
1. 带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1つを○で囲んでください。	①/②/③ 年 月 日	
2. 今日の带状疱疹ワクチン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	
3. 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	
4. 現在、何か病気にかかっていますか。	はい いいえ	
病名()		
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	
5. 免疫不全と診断されたことがありますか。	はい いいえ	
6. 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()		
7. 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	
8. 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 ()		
9. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。	はい いいえ	
10. 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()		
11. 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()		
12. 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	
13. 最近1か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()		
14. 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	
15. 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) 本人に対して、予防接種の効果、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		
ワクチンロット番号	接種方法	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認	シングリックス 筋肉内注射	乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」 皮下注射 0.5 ml	実施場所 医師名 実施年月日 令和 年 月 日

高齢者用带状疱疹ワクチン予防接種希望書(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います。
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

(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

医療機関記入欄	有料(自己負担額 10,000円(シングリックス) 3,000円(ビケン)) 無料(確認した書類の番号に○をつけ、予診票に添付してください)
1.非課税確認書(原本) 2.後期高齢者医療資格確認書※区分Ⅰ・Ⅱに限る(写し・オンライン資格確認)	
3.介護保険負担限度額認定証(写し)	
4.介護保険料額決定通知書※所得段階1～3に限る(写し) 5.生活保護証明書(原本・オンライン資格確認)または診療依頼書(写し)	
(2,5)について、オンライン資格確認を利用する場合は添付書類は不要です。オンライン資格確認に○をつけてください。)	

令和8年度の高齢者用带状疱疹ワクチン接種対象者

65歳	昭和36年4月2日生～昭和37年4月1日生の人
70歳	昭和31年4月2日生～昭和32年4月1日生の人
75歳	昭和26年4月2日生～昭和27年4月1日生の人
80歳	昭和21年4月2日生～昭和22年4月1日生の人
85歳	昭和16年4月2日生～昭和17年4月1日生の人
90歳	昭和11年4月2日生～昭和12年4月1日生の人
95歳	昭和 6年4月2日生～昭和 7年4月1日生の人
100歳	昭和 元年4月2日生～昭和 2年4月1日生の人

令和7年度から令和11年度までの間は、65歳以上で5歳毎の年齢の人が対象となります。

接種日当日に60歳から64歳の人で、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害があり、医師により予防接種が必要と判断された人も対象です。

注意

組換えワクチン(シングリックス)は2か月の期間を開けて2回の接種が必要です。定期接種の実施期間内に2回の接種を完了するため、12月末までに1回目の接種を受けてください。