

【千葉市】高齢者帯状疱疹予防接種予診票

※太線の中を記入してください。

| | | | | | | |
|------|----------|----------|-------|-----|---|---|
| フリガナ | | | 男・女 | 電話 | - | - |
| 氏名 | | | | | | |
| 住所 | 千葉市 区 | | | | | |
| 生年月日 | 大正 年 月 日 | 昭和 生()歳 | 本日の体温 | 度 分 | | |

| 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。 ※ワクチンの種類は①生ワクチン、②不活化ワクチン、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 | |
| 今日の予防接種について、裏面記載の注意事項を読みましたか(まだの方は必ずお読みください) | はい | |
| 現在、何か病気にかかっていますか(高血圧など、定期的に薬を処方されている疾患も含む) 病名() | はい いいえ | |
| 今までに心臓病、腎臓病、肝臓病や血液、免疫不全、けいれんの病気などにかかったことがありますか 病名() | はい いいえ | |
| その病気を診てもらっている医師から今回の予防接種を受けても良いといわれていますか | いいえ はい | |
| 免疫不全と診断されたことがありますか ※免疫が低下している方は、生ワクチンを接種できません | はい いいえ | |
| 今、体の具合の悪いところがありますか 悪いところを記入してください() | はい いいえ | |
| 薬や食べ物でじんましんなどのアレルギーが出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つたことがありますか 予防接種の種類() | はい いいえ | |
| ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか 最後のけいれんは()歳頃 | はい いいえ | |
| 1ヶ月以内に熱がでたり、病気にかかりましたか 病名() | はい いいえ | |
| 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名(月 日): | はい いいえ | |
| 6ヶ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 | |

| | |
|-------|---|
| 医師記入欄 | 以上の問診及び診察の結果、本日の予防接種は(可能 ・ 見合わせる) 本人に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益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、説明した。 医師署名又は記名押印 (ゴム印の場合は押印してください) |
|-------|---|

被接種者の記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、
(生ワクチンの接種を希望します ・ 不活化ワクチンの接種を希望します ・ 予防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、本予診票が千葉市に提出・保存されることに同意します。

令和 年 月 日 被接種者(または代筆者)自署 (続柄:)

(※自署できない場合は本人の接種意思を確認した上で代筆者が署名し、代筆者氏名及びカッコ内に被接種者との続柄を記載)

| | | | |
|------------------|-------------------------------|----------------------------------|----------------|
| メーカー名 Lot No. | 接種量 生ワクチン 皮下接種 0.5ml | 接種量 不活化ワクチン 筋肉内接種 0.5ml | 医療機関名 接種医師名 |
| 有効期限 年 月 日 | | | |
| 接種年月日 年 月 日 | | | |

(切り取り)

【千葉市】帯状疱疹予防接種(医療機関控)

1 被接種者名 _____

2 生年月日 大正・昭和 年 月 日 生

3 接種年月日 年 月 日

4 メーカー名 Lot No. _____

(切り取り)

【千葉市】帯状疱疹予防接種済証(本人控)

1 被接種者名 _____

2 生年月日 大正・昭和 年 月 日 生

3 接種年月日 年 月 日

医療機関名

4 メーカー名 Lot No. _____

接種医師名

【千葉市】 高齢者帯状疱疹予防接種について（注意事項）

費用助成の対象となる方

千葉市に住民票のある方で、以下（1）から（3）のいずれかに該当する方。

ただし、今までに帯状疱疹の予防接種として、生ワクチン1回又は不活化ワクチン2回の接種を終えている方は、費用助成の対象になりません。

- (1) 年度中に**65歳以上5歳刻みの年齢**（65、70、75、80、85、90、95、100歳）になる方
- (2) 100歳以上の方（令和7年度のみ）
- (3) 60歳～64歳で、ヒト免疫不全ウイルスにより免疫機能に身体障害1級の障害のある方（予診票と一緒に身体障害者手帳の写しを医療機関に提出してください。）

自己負担金

生ワクチン：4,000円／回、不活化ワクチン：10,000円／回

※1 生活保護を受給している方、中国残留邦人等の支援給付を受給している方は自己負担額が全額免除、市民税非課税世帯の方は一部免除（半額）になります。該当する方は「生活保護受給証明書」、最新の「介護保険料決定通知書」の中にある「介護保険料算定の基礎」の写し（**保険料段階が第1～3段階**のもの※2）、「支援給付受給証明書」などを、接種当日に予診票と一緒に医療機関へ提出してください。

※2 市民税非課税世帯で「介護保険料決定通知書」がお手元にない方は、接種前に「予防接種自己負担金免除対象確認申請書兼同意書」を千葉市医療政策課へ提出することで、代わりの書類を交付いたします。（申請受理から交付まで2週間程度（土祝休日・年末年始を除く）かかります。）

後から自己負担金を払い戻すことはできませんのでご注意ください。

※上記の内容は、令和7年3月現在のものであり、法改正などにより変更となる場合がありますのでご注意ください。

接種意思の確認について

予防接種を受ける法的な義務はなく、本人が希望する場合に限り接種を行います。また、接種を受けるご本人に麻痺などがあつて同意書に署名ができない場合や、正確な意思の確認が難しい場合などは、家族やかかりつけ医によって、特に慎重にご本人の接種意思の有無を確認してください。最終的にご本人の意思確認ができなかった場合は、接種を行うことができません。

帯状疱疹ワクチンの有効性について

帯状疱疹ワクチンには生ワクチンと不活化ワクチンの2種類があり、接種回数や接種方法、接種スケジュール、接種条件、効果とその持続期間、副反応などの特徴が異なっていますが、いずれのワクチンも、帯状疱疹やその合併症に対する予防効果が認められています。

費用助成で予防接種を受けることができない方

- ①接種当日明らかに発熱（37.5℃以上）している方
- ②過去に帯状疱疹ワクチンの成分によって、アナフィラキシーを起こしたことがある方
- ③重い急性疾患にかかっている方
- ④【生ワクチン接種希望の場合】病気や治療によって免疫が低下している方
- ⑤その他、医師が不適当な状態と判断した方

予防接種を受ける際に、医師とよく相談をしなくてはいけない方

- ①心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患及び発育障害などの基礎疾患のある方
- ②過去に予防接種で、接種後2日以内に発熱、全身性発疹等のアレルギーを疑う症状がみられた方
- ③受ける予防接種の接種液の成分に対して、アレルギーを起こす恐れがある方
- ④過去にけいれん（ひきつけ）を起こした方
- ⑤過去に免疫不全の診断をされたことがある方及び近親者に先天性免疫不全の方がいる方
- ⑥【不活化ワクチンの場合】抗凝固療法を受けている人、血小板減少症または凝固障害のある方

帯状疱疹ワクチンによる副反応について

帯状疱疹ワクチンの副反応として、接種後に注射した部分の痛みや発赤、筋肉痛、疲労、倦怠感、発熱等が見られることがあります。また、生ワクチンについては、アナフィラキシー、血小板減少性紫斑病、無菌性髄膜炎が、不活化ワクチンについてはショック、アナフィラキシーが見られることがあります。副反応が疑われる症状が現れた場合は、医療機関を受診してください。

予防接種後副反応報告書について

副反応が疑われる症状が現れた場合は、医師から国へ報告書を提出することとなっています。また、ご本人が市を通して国へ報告書を提出することも可能です。詳細や提出方法については、千葉市医療政策課（043-238-9941）へご相談ください。

予防接種健康被害救済制度について

市の実施する予防接種により重篤な健康被害が発生した場合は、予防接種法や千葉県市町村予防接種事故補償等条例などに基づく救済措置を受けることができます。詳細や提出方法については、千葉市医療政策課（043-245-5207）へご相談ください。