

令和7年度予防接種について

伊勢市健康課

令和7年3月10日

定期A類の変更点

①委託料の変更があります。(各66円増額)

①HPVワクチンのキャッチアップ接種について

以下に該当する方の接種期間が1年間(令和8年3月31日まで)延長されます。

・キャッチアップ接種対象者(平成9年4月2日～平成20年4月1日生まれの女性)のうち、令和4年4月1日～令和7年3月31日までにHPVワクチンを1回以上接種した方

・平成20年4月2日～平成21年4月1日生まれの女子で、令和4年4月1日～令和7年3月31日までにHPVワクチンを1回以上接種した方

※令和4年4月1日以前のための接種の方は対象外となりますのでご承知おきください。

②風しんの追加的対策について

令和7年3月31日で終了となります。請求等については各医療機関へ市から通知済みです。

定期B類の変更点

①带状疱疹ワクチンが定期接種化となります。

別冊の実施要領をご参照ください。

50歳以上の方を対象とした任意接種助成は令和7年度も継続ですが、定期接種の対象者は対象外となります。

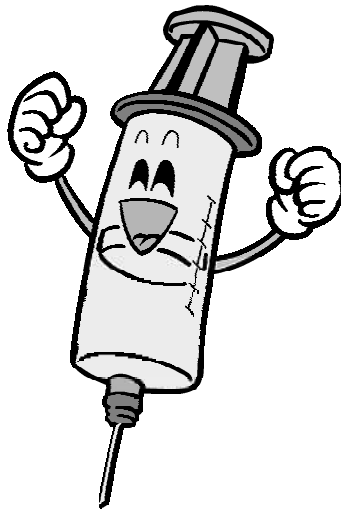
②高齢者肺炎球菌ワクチンは、委託料の変更があります。(66円増額)

令和 7 年度

定期B類

带状疱疹ワクチン予防接種

実 施 要 領



伊 勢 市 ・ 度 会 郡

(玉城町・度会町・南伊勢町・大紀町)

※各市町の問合せ先は、実施要領最終ページ「担当課一覧表」
をご覧ください。

今年度の注意点については表紙の裏を
ご覧ください。

担当課（問い合わせ先）

伊勢市健康課	（電話 0596-27-2435）
玉城町保健福祉課	（電話 0596-58-8000）
度会町保健こども課	（電話 0596-62-1112）
南伊勢町子育て・福祉課	（電話 0599-66-1114）
大紀町健康福祉課	（電話 0598-86-2216）

注意点

- ★実施期間は、令和 7 年 4 月 1 日から令和 8 年 3 月 31 日です。
- ★令和 7 年度の請求書は桃色です。
- ★他の定期 B 類予防接種と異なる点がありますので、「接種対象者」は P1～2 の 4、「接種時の注意」は P2～3 の 11、「他の予防接種との関係」は P3 の 14、「長期にわたり療養を必要とする疾病にかかった者等の定期接種の機会の確保」は P3～4 の 15 をよくご確認ください。
- ★带状疱疹の生ワクチンを接種する場合は、他の生ワクチン予防接種と 27 日以上の間隔をおく。他の不活化ワクチン予防接種との接種間隔の制限はなく、医師の判断による同時接種が可能です。
- ★带状疱疹の不活化ワクチンと他の予防接種との接種間隔の制限はなく、医師の判断による同時接種が可能です。
- ★令和 7 年度から令和 11 年度までの 5 年間は、当該年度中に 65 歳、70 歳、75 歳、80 歳、85 歳、90 歳、95 歳、100 歳となる未接種の方が定期接種の対象となります。※100 歳以上の方は、令和 7 年度中のみ対象となり、令和 8 年度以降は対象となりません。
- ★同封の予診票とシールは、接種券を持参した定期予防接種の方のみ使用してください。全額自費の任意接種の予診票等は薬品会社発行のものをお使いください。（健康被害時の補償等内容が異なります）
- ★带状疱疹ワクチン定期接種は、対象年齢で、これまでに生ワクチンを一度も接種していない方、不活化ワクチンを 2 回接種していない方のみが対象です。
（初めて助成を受ける方ではありません。）市町から対象年齢の方に接種券を配布していますが、市町が把握していない接種もありますので、接種券をお持ちの方であっても、接種歴は必ずご本人に確認をお願いします。また、接種後

には証明としてワクチンシールを貼付のうえ、接種済シールの配布をお願いします。

※ただし、記録がない等、接種をしたことが明らかではない場合は定期接種の対象となります。

★带状疱疹ワクチンの接種券は、重複接種事故防止のため、医療機関窓口で回収してください。1枚目を予診票、2枚目を接種券のセットにして、左上でホチキス留めし、請求書とともに、各市町へ送付してください。なお、接種券は、対象と思われる65歳以上の方に対し、3月末から4月中に郵送します。60歳～65歳未満の対象の方へは接種券を送付していませんので、接種を希望する場合は、各市町へお問い合わせください。

★60～65歳未満の方で、ヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能の障害があり、日常生活がほとんど不可能な一定の障がい（身体障害者手帳1級程度）をもつ方は対象となります。障がいの程度について詳しくは、P12をご覧ください。（身体障害者手帳か、診断書等のコピーの添付が必要です）

※障害者手帳は個人が特定できるページと、障がいの種類・程度が記載されているページのコピーが必要です。コピーは1枚目を予診票、2枚目をコピーのセットにして、左上でホチキス留めをお願いします。

★長期にわたり療養を必要とする病気にかかっていたために、定期接種を受けることができなかったと認められた場合、長期療養特例として定期接種を受けることができます。（P3～4の15と、別添の長期療養者書類をご覧ください）

★請求書・実施要領等を「伊勢市・度会郡（玉城町・度会町・南伊勢町・大紀町）」で共通様式としていますが、それぞれ自治体としては異なりますので、請求書等は各市町へ送付をお願いします。

★予診票「表面」に【接種方法（皮下注射・筋肉内注射）】とありますので、必ずどちらかに○をつけてください。

★【伊勢市・玉城町】請求者は院長で、理事長の口座へ振り込みの場合など、委任状の提出が必要となることがあります。該当の場合は、担当課から連絡します。

★予診票に、生活保護受給者であることの調査に同意する署名が必要になります。生活保護受給者であるか不明の場合は、各市町担当課へお問い合わせください。

★初回請求時及び、口座を変更した場合は、別添「口座登録申請書」を記入し、請求時に各市町へ同封してください。（定期A類・B類共通様式であるため、今年度、他の予防接種で提出済の場合は不要です。）

★予防接種に関する医学的な相談窓口は、三重病院内にある「三重県予防接種センターTEL：059-236-4155 FAX：059-236-4156」となります。

【コロナワクチン以外の予防接種相談日時】

毎週火曜日・金曜日 10：00～12：00、13：00～16：00

【コロナワクチンの予防接種相談日時】

平日 10：00～12：00、13：00～16：00

目 次

1	実施期間	P 1
2	実施場所	P 1
3	実施日時	P 1
4	接種対象者	P 1～2
5	公費による接種回数	P 2
6	ワクチンの確保	P 2
7	接種量	P 2
8	接種液	P 2
9	予診並びに接種不相当者及び接種要注意者 (予防接種ガイドライン参照)	P 2
10	予防接種に関する説明及び同意	P 2
11	接種時の注意	P 2～3
12	接種済シールと健康手帳の記載及び交付について	P 3
13	接種後の注意	P 3
14	他の予防接種との関係	P 3
15	長期にわたり療養を必要とする疾病にかかった者等の定期接種 の機会の確保	P 3～4
16	予防接種時の間違いの報告	P 4
17	副反応疑いの報告	P 4～5
18	委託料及び自己負担金	P 5
19	自己負担金の徴収及び徴収免除者の取扱い	P 5
20	接種完了後、市町への報告及び委託料の請求	P 5～6
21	委託料の支払方法	P 6

22 その他

(1) 予診票について・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P 6

(2) 資料の不足について・・・・・・・・・・・・・・・・ P 6

<参考>

接種済シール及び健康手帳記載例・・・・・・・・ P 7

実施報告書兼請求書記載例・・・・・・・・・・・・ P 8

予診票記載例・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P 9

予診票の記入についての注意点・・・・・・・・ P 10～11

接種対象者の障がいの程度・・・・・・・・・・・・ P 12

長期にわたり療養を必要とする疾病一覧・・・・ P 13～14

带状疱疹ワクチン予防接種市町担当課一覧表・・・・ P 15

令和 7 年度 带状疱疹ワクチン予防接種実施要領

1 実施期間

令和 7 年 4 月 1 日（火）～令和 8 年 3 月 31 日（火）

2 実施場所

伊勢市・度会郡各町の要請に応じて個別接種に協力をする旨を承諾した医師により、当該医師に係る医療機関で接種を行う個別接種とすること。

ただし、接種を希望する者が寝たきり等の理由により、上記医療機関における接種を実施しがたい場合においては、予防接種を実施する際の事故防止対策や副反応対策等の十分な準備がなされた場合に限り、上記医師による接種希望者の自宅や入所・入院施設等での予防接種を実施することができることとする。

3 実施日時 各医療機関の指定する日時

4 接種対象者

過去に带状疱疹ワクチン（生ワクチンは 1 回、不活化ワクチンは 2 回）の接種を受けたことがない者で、接種日において伊勢市・度会郡各町に住所を有し、（1）又は（2）に該当する接種希望者。

※住所については、身分証明書等の住所により確認する。

※住所の不明確なものについては、市町担当課まで連絡すること。

※対象者の意思確認が出来ない場合は接種できない。

対象者の意思確認が困難な場合は、家族又はかかりつけ医の協力により対象者本人の意思確認をすることとし、接種希望であることが確認できた場合には接種することができる。

★令和 7 年度から令和 11 年度までの 5 年間は、当該年度中に 65 歳、70 歳、75 歳、80 歳、85 歳、90 歳、95 歳、100 歳となる未接種の方が定期接種の対象となります。

※100 歳以上の方は、令和 7 年度中のみ対象となり、令和 8 年度以降は対象となりません。

（1）令和 7 年度に下表の年齢となる者

65 歳	昭和 35 年 4 月 2 日生～昭和 36 年 4 月 1 日生の者
70 歳	昭和 30 年 4 月 2 日生～昭和 31 年 4 月 1 日生の者
75 歳	昭和 25 年 4 月 2 日生～昭和 26 年 4 月 1 日生の者
80 歳	昭和 20 年 4 月 2 日生～昭和 21 年 4 月 1 日生の者
85 歳	昭和 15 年 4 月 2 日生～昭和 16 年 4 月 1 日生の者
90 歳	昭和 10 年 4 月 2 日生～昭和 11 年 4 月 1 日生の者
95 歳	昭和 5 年 4 月 2 日生～昭和 6 年 4 月 1 日生の者
100 歳	大正 14 年 4 月 2 日生～大正 15 年 4 月 1 日生の者
101 歳以上	大正 14 年 4 月 1 日以前に生まれた者

（2）接種日において 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日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者。

5 公費による接種回数

- 生ワクチン・・・生涯 1 回（皮下注射）
- 不活化ワクチン・・・生涯 2 回（筋肉内注射）

6 ワクチンの確保

接種に要するワクチンは医療機関で購入する。

7 接種量

0.5ml

8 接種液

- (1) 接種液の使用に当たっては、標示された接種液の種類、有効期限内であること及び異常な混濁、着色、異物の混入その他の異常がない旨を確認すること。
- (2) 接種液の貯蔵は、生物学的製剤基準の定めるところのほか、所定の温度が保たれていることを温度計によって確認できる冷蔵庫等を使用する方法によること。また、ワクチンによって、凍結させないこと、溶解は接種直前に行い一度溶解したものは直ちに使用すること、溶解の前後にかかわらず光が当たらないよう注意することなどの留意事項があるので、それぞれ添付文書を確認の上、適切に使用すること。

9 予診並びに接種不適当者及び接種要注意者

予防接種ガイドラインのとおり。

※特に本人の意思確認が出来ない場合は、接種できない。

10 予防接種に関する説明及び同意

予診の際は、予防接種の効果、予防接種後の通常起こり得る反応、まれに生じる重い副反応及び予防接種健康被害救済制度について十分に説明し、対象者が、その内容を理解した上で自らの意思で接種を希望し、带状疱疹ワクチン予防接種の実施に関して文書（予診票）により同意を得た場合に限り接種を行うものとする。

11 接種時の注意

- (1) 予防接種を行うに当たっては、次に掲げる事項を遵守すること。
 - ア 予防接種に従事する者は、手指を消毒すること。
 - イ 接種液の使用に当たっては、有効期限内のものを均質にして使用すること。
 - ウ バイアル入りの接種液は、栓及びその周囲をアルコール消毒した後、栓を取り外さないで吸引すること。
 - エ 接種液が入っている容器を開口するときは、開口部分を事前にアルコール消毒すること。
 - オ 原則として生ワクチンは上腕伸側に皮下注射、不活化ワクチンは上腕三角筋部に筋肉内注射により行う。なお、臀部には接種しないこと。
 - カ 接種の前には接種部位をアルコール消毒し、接種に際しては、注射針の

- 先端が血管内に入っていないことを確認すること。
- キ 同一部位へ反復しての接種は避けること。
- ク 接種用具等の消毒は、適切に行うこと。

(2) 予防接種を受けた者に対して、次に掲げる事項を要請すること。

- ア 接種後は、接種部位を清潔に保ち、接種当日は過激な運動を避けるよう注意すること。
- イ 接種後、接種部位の異常反応や体調変化を訴える場合は、速やかに医師の診察を受けること。
- ウ 予防接種を受けた者は、イの場合において、医師の診察を受けたときは、速やかに市町担当課に連絡すること。

1 2 接種済シールと健康手帳の記載及び交付について（記載例 P7 参照）

- (1) 接種済シールに、被接種者氏名、メーカー名及び Lot No、接種者署名、接種年月日を記入（ゴム印でも可）し、健康手帳の医療記録欄に貼付すること。

※接種当日、健康手帳を忘れてきた者については、接種済シールのみ配布し、後で手帳に貼付するように指示すること。

- (2) 健康手帳を紛失又はまだ交付されていない者については、再交付または新規交付すること。（※伊勢市のみ）

1 3 接種後の注意

ワクチン接種後、特に 30 分程度は急激な健康状態の変化に注意すること。接種者へも十分説明すること。

1 4 他の予防接種との関係

生ワクチン接種後、他の生ワクチンを接種する場合は 27 日以上の間隔をおいて接種する。

不活化ワクチンについては、他の予防接種との接種間隔の制限はなし。

※2 種類以上の予防接種を同時に同一の接種対象者に対して行う同時接種は、不活化ワクチン接種時に限り、医師が特に必要と認められた場合に行うことができる。

※複数のワクチンを混合して、同じ注射器内に入れて接種（混注）してはならない。

1 5 長期にわたり療養を必要とする疾病にかかった者等の定期接種の機会の確保

- (1) 带状疱疹ワクチン接種対象者であった間に、(2) の特別の事情があることにより予防接種を受けることができなかったと認められる者については、当該特別の事情がなくなった日から起算して 1 年を経過する日までの間、定期接種の対象者とする。こと。（疾病については P13～P14 の別表参照）

※ただし、带状疱疹にかかったことのある者は除く。

(2) 特別の事情

- ①次のアからウまでに掲げる疾病にかかったこと（やむを得ず定期接種を受けることができなかった場合に限る。）

- ア 重症複合免疫不全症、無ガンマグロブリン血症その他免疫の機能に支障を生じさせる重篤な疾病
- イ 白血病、再生不良性貧血、重症筋無力症、若年性関節リウマチ、全身性エリテマトーデス、潰瘍性大腸炎、ネフローゼ症候群その他免疫の機能を抑制する治療を必要とする重篤な疾病
- ウ ア又はイの疾病に準ずると認められるもの

（注）上記に該当する疾病の例は、別表に掲げるとおりである。

ただし、これは、別表に掲げる疾病にかかったことのある者又はかかっている者が一律に予防接種不適合者であるということを意味するものではなく、予防接種実施の可否の判断は、あくまで予診を行う医師の診断の下、行われるべきものである。

②臓器の移植を受けた後、免疫の機能を抑制する治療を受けたこと（やむを得ず定期接種を受けることができなかった場合に限る。）

③医学的知見に基づき①又は②に準ずると認められるもの

※被接種者からご相談があった場合は、別添の「長期療養を必要とする疾病にかかった者等の定期接種に関する特例措置対象者該当理由書」にご記入のうえ、該当市町へご案内くださいますようお願いいたします。市町から被接種者に対し、長期療養者用予診票と該当理由書の写しをお渡しします。

※長期療養者用予診票には、通常の予診票の右上部に、**長期療養者用**の印がありますので、対象範囲である場合は、定期接種の対応をお願いいたします。

1 6 予防接種時の間違いの報告

- （1）万が一、誤った用法用量でワクチンを接種した場合や、有効期限の切れたワクチンを接種した場合、血液感染を起こしうる場合等の重大な健康被害につながるおそれのある間違いがあった場合には、速やかに市町担当課へ連絡すること。（速やかに県経由にて厚生労働省へ報告が必要です。）
- （2）接種間隔の誤り等、直ちに重大な健康被害につながる可能性が低い間違いについては別添「**定期外接種報告書**」を用いて各市町へ報告すること。（県経由にて厚生労働省へ報告が必要ですが、医療機関名・被接種者名の報告はありません。）

1 7 副反応疑いの報告（平成 25 年 4 月 1 日より義務化。報告書は全国統一様式です。）

予防接種による副反応と思われる症状を診断（別添 別紙様式 1 裏面の「**報告基準**」参照）した場合は、速やかに下記のいずれかの方法で、医薬品医療機器総合機構【PMDA】へ報告すること。※合わせて市町へもご一報ください。

- ・医薬品医療機器総合機構【PMDA】の報告受付サイトからオンラインにて報告書を作成し、提出する。（電子報告）

【PMDA 報告受付サイト】

URL:<https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html>

- ・別添 別紙様式1「予防接種後副反応疑い報告書」に記入後、医薬品医療機器総合機構【PMDA】へFAXにて報告する。（各種ワクチン共通予防接種フリーダイヤル：FAX 番号 0120-176-146）
※国立感染症研究所ホームページからダウンロードできる入力アプリにて報告書作成も可能です。

※その症状が、急性散在性脳脊髄炎（ADEM）、ギラン・バレー症候群、血栓症（血栓塞栓症を含む。）（血小板減少症を伴うものに限る。）（TTS）と疑われる場合、心筋炎又は心膜炎に該当する場合は、それぞれ各調査票（別添あり）も作成して送付すること。

医療機関の関係者は、厚生労働省等から副反応に関する情報収集等の協力依頼がなされた時には、これに協力すること。

18 委託料及び自己負担金

	生ワクチン	不活化ワクチン
委託料	8,860 円	22,060 円
自己負担金	2,600 円	6,600 円
徴収免除者（生活保護の方）	無料	無料

带状疱疹生ワクチン委託料 8,860 円のうち、2,600 円は自己負担、残り 6,260 円を市町が負担するものとする。

带状疱疹不活化ワクチン委託料 22,060 円のうち、6,600 円は自己負担、残り 15,460 円を市町が負担するものとする。

19 自己負担金の徴収及び徴収免除者の取扱い

自己負担金……窓口において、医療機関の発行する領収書により徴収し、医療機関の収入とする。

徴収免除者……対象者で、生活保護の方

※生活保護受給者であることが不明な場合は、市町担当課へ確認すること。

※生活保護受給中の方には、事前に生活保護受給証明書、又は接種費用免除の確認書の発行を受けて持参するよう、お願いしております。（伊勢市のみ）

20 接種完了後、市町への報告及び委託料の請求

接種完了後、次の提出書類を揃え、1 か月分まとめて、翌月の 10 日までに、各市町担当課へ提出する。特に 3 月実施分については、4 月 10 日必着の提出期限を厳守すること。

提出書類

- ・带状疱疹ワクチン予防接種実施報告書兼請求書（記載例 P8）
- ・予診票
- ・接種券（桃色）
- ・60 歳～65 歳未満の対象者については、診断書等か、身体障害者手帳のコピー（個人が特定でき、障がいの種類・程度が記載されているページ）

を添付すること。（1枚目を予診票、2枚目をコピーのセットにして、左上でホチキス留め）

※各市町別・実施月別に分けて、それぞれの市町へ提出すること。

※請求件数と予診票・接種券の枚数を確認すること。

2.1 委託料の支払方法

金融機関への口座振込とし、実施月の翌々月末日までに支払うものとする。市町担当課は振込日を各医療機関へ通知する。なお、請求書の提出が10日を過ぎた場合は、さらに1か月先の支払いとする。

2.2 その他

（1）予診票について

伊勢市・度会郡配布のもの（緑色枠）を使用（共通記載例 P9 参照）

- ・内容について、記載漏れのないよう確認すること。
- ・接種前に本人の意思を確認後、予防接種希望書に署名を取ること。
※自署できない場合は代筆者が署名し、日付・被接種者氏名・代筆者氏名・被接種者との続柄を記載すること。
- ・代筆者については原則、家族か親類の者とし、医師、看護師および施設長の代筆は認められない。※ただし、家族や親類などがない場合や、遠距離などの都合でやむを得ず代筆できない場合、ケアマネージャー及び介護職員など身の回りの世話をしている者に限り代筆可能とする。

医師、看護師、施設長の代筆は原則認められない。

※医師、看護師、施設長以外に代筆できるものがない場合には、その旨を欄外に記載してください。

【例】

続柄	看護師
----	-----

入院中のため、他に代筆者がない

（2）資料の不足について

予診票・接種済シール・健康手帳が不足した場合は、担当課へ連絡すること。

◆健康手帳記載例◆

医療機関等の名称 年 月 日	必要事項
	带状疱疹予防接種 健康 花子 氏 名 メーカー Lot.No 生・不活化 456 保健 太郎 接種者署名 令和7年4月1日 接種年月日 〇〇〇長 ☐ ☐ 長

接種したワクチンの種類に○をお願いします。

接種済シールに、被接種者氏名、メーカー名及びLot No、接種者署名、接種年月日を記入（ゴム印でも可）し、健康手帳の医療記録欄に貼付すること。

令和 年 月 日

令和 年 月 分

带状疱疹ワクチン予防接種実施報告書兼請求書

【伊勢市・玉城町・度会町・南伊勢町・大紀町】 長 様
 ※請求先を○で囲んでください。

【伊勢市】「法人」の場合、
 代表者名が「理事長」でな
 ければ委任状が必要となり
 ます。

住所(所在地) 〒516-0076

伊勢市八日市場町13-1

病(医)院名 医療法人△会 保健病院

代 表 者 名 理事長 保健 太郎

T E L (0596) 27-2435

登 録 番 号 T1234567891234

記入漏れがないように
 お願いします。

理事長
 之印

予防接種法による带状疱疹ワクチン予防接種を下記のとおり実施したので報告します。

なお、委託料を下記のとおり請求します。

※最終的な金額は訂正不可です。
 新しい用紙をご使用ください。

※訂正は二重線で消し、
 請求印と同じ印で押してください。

請求金額(税込) 192,500 円 内消費税 17,495 円

上記金額の訂正は不可です。新しい用紙をご使用ください。

予防接種名		区 分	委託料（税込）		内消費税		件 数	請求金額	
								委託料（税込）	内消費税（10%）
帯 状 疱 疹	生 ワ ク チ ン	一般	6,260 円	10 %	569 円	5 人	31,300 円	2,845 円	
		生活 保護者	8,860 円	10 %	805 円	1 人	8,860 円	805 円	
	不 活 化 ワ ク チ ン	一般	15,460 円	10 %	1,405 円	7 人	108,220 円	9,835 円	
		生活 保護者	22,060 円	10 %	2,005 円	2 人	44,120 円	4,010 円	
合 計							15 人	192,500 円	17,495 円

注意点！！

- ・最終的な合計金額の訂正は不可です。新しい用紙をご使用ください。
- ・訂正印は代表者名の所に押した印と同じ印を押してください。

(注) 本請求書及び予診票は各市町毎に分けて、それぞれの市町へ送付してください。

**(注) 初回請求時及び、口座を変更した場合は、別紙の
 「口座登録申請書」に記入し、請求時に同封してください。**

< 带状疱疹予防接種予診票 記載例 >

交付した場合は、○をすること(※伊勢市のみ)

伊勢市・度会郡
(接種日に住民登録がある方のみ)

健康手帳	交付・再交付	生活保護 ☒ (該当の方は□にチェックし、下記に署名してください)
住所	交付者であることの調査に同意します。【署名 山崎 花子】	
フリガナ	ヤマサキ ハナコ	男・女 ☒
氏名	山崎 花子	〇-〇〇-〇〇
生年月日	(どちらかに○をつけてください) 大正・昭和 35年 8月 30日生	86度 4分

該当の方はチェックと署名が必要

フリガナは忘れずに記載すること。
生年月日も身分証明書等にて確認すること。

質問事項	回答欄	医師記入欄
带状疱疹の予防接種を受けたことがありますか。	☒ いいえ ☐ はい	
(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乾燥弱毒性水痘ワクチン「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	
今日の带状疱疹の予防接種について市町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。 病名 ()	☒ いいえ ☐ はい	
治療(投薬など)を受けていますか。	☒ いいえ ☐ はい	
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。	☒ いいえ ☐ はい	
免疫不全と診断されたことがありますか。	☒ いいえ ☐ はい	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。()	☒ いいえ ☐ はい	
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。	☒ いいえ ☐ はい	
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。 予防接種の種類 ()	☒ いいえ ☐ はい	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	☒ いいえ ☐ はい	
1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 ()	☒ いいえ ☐ はい	
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。 病名 ()	☒ いいえ ☐ はい	
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。 病名 ()		
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。		
今日の予防接種について質問がありますか。		

医師本人が自筆にて署名する場合は押印不要。
ゴム印等で記名する場合は押印が必要。

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)

Lot No. は手書き、シールどちらでも可

度について、説明した。

医師署名又は記名押印

保健 太郎

ワクチンロット番号	接種方法	0.5ml	保健病院 保健 太郎
Lot No. 456 (有効期限要確認)	※どちらかに○をつけてください		
接種年月日	☒ シングリックス ☐ 乾燥弱毒性水痘ワクチン「ビケン」		
令和7年8月30日	☐ 筋肉内注射 ☐ 皮下注射		

どちらかに○を

带状疱疹予防接種希望書 (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。			
この予診票は、このことを理解		(接種を希望します・接種を希望しません)	
被接種者署名及び代筆者署名欄 (※自署できない者は代筆者に代筆し、代筆者氏名および被接種者との続柄を記載してください。)			
令和7年8月30日	被接種者署名 (代筆者が署名される場合も)	山崎 花子	
	代筆者署名	山崎 正夫	続柄 子

代筆される場合は、代筆者が年月日、被接種者氏名及び代筆者氏名、続柄を必ず記入すること。

予診票の記入についての注意点

<予診票は伊勢市・度会郡配布のものを使用>

1. 健康手帳について（※伊勢市のみ）

健康手帳交付・再交付の方は、必ず予診票に○を付けること。

交 付 ➡ 今回初めて交付される方

再交付 ➡ 今までに一度でも交付されたことのある方で紛失等で今回交付される方

2. 生活保護について

・生活保護受給者であることが不明な場合は、市町担当課へ確認すること。

該当する方については、予診票の生活保護口にチェックと署名が必要。

3. フリガナについて

被接種者氏名のフリガナを忘れずに記入すること。

例）山崎さんの場合、

ヤ	マ	サ	キ
---	---	---	---

 と

ヤ	マ	サ	キ
---	---	---	---

 を確認すること。

※ひらがなの氏名でもフリガナを記入すること。

（間違い例）

フリガナ	ケンコウ	エ
氏 名	健康	ふみゑ



（正しい例）

フリガナ	ケンコウ	フミエ
氏 名	健康	ふみゑ

フリガナ	ケンコウ	
氏 名	健康	よしみ



フリガナ	ケンコウ	ヨシミ
氏 名	健康	よしみ

4. 医師記入欄について

医師本人が自筆にて署名する場合は押印不要。ゴム印等で記名する場合は押印が必要。

5. ワクチンロット番号について

Lot No.は、手書きまたはシールを貼付すること。

シールの場合にははがれることのないよう、しっかりと貼付すること。

6. 実施場所・医師名について

医師名は接種医師の氏名を記入すること。（ゴム印でも可）

7. 被接種者署名及び代筆者署名について

①被接種者本人が署名する場合

必ず本人の意思確認後、接種者本人が署名年月日及び自署にて署名すること。

②代筆者が署名する場合

被接種者による署名が困難な場合は、必ず被接種者の意思確認後、原則家族及び親族の者が代筆すること。

代筆者として認められる者

- ・原則、家族及び親族の者
- ・家族や親族などがいない場合や、遠距離などの都合でやむを得ず代筆が出来ない場合は、ケアマネージャー及び介護職員など身の回りの世話をしている者に限る

代筆者として認められない者

- ・医師、看護師、施設長

※医師、看護師、施設長以外に代筆できるものがない場合には、その旨を欄外に記載してください。

【例】

続柄

看護師

入院中のため、他に代筆者がいない

(記入例)

忘れずに記入すること

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性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、本予診票が市町に提出されることに同意します。

被接種者署名及び代筆者署名欄 (※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名および被接種者との続柄を記載してください)			
令和7年4月1日	被接種者署名 (代筆者が署名される場合も必ず記入)		
	健康 花子		
	代筆者署名	健康 正夫	続柄
			子

署名した日付を必ず記入
(日付は接種日以前であること)

代筆者による署名の場合は、4ヶ所とも必ず記入

本人の意思確認が出来ない場合は、家族の同意や代筆があっても接種できないので注意すること。

ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害

ヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するものをいう。

- (1) CD4 陽性 T リンパ球数が $200/\mu\text{L}$ 以下で、次の項目(①~⑫)のうち 6 項目以上が認められるもの。
 - ①白血球数について $3,000/\mu\text{L}$ 未満の状態が 4 週以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続く。
 - ②Hb 量について男性 12 g/dL 未満、女性 11 g/dL 未満の状態が 4 週以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続く。
 - ③血小板数について $10\text{ 万}/\mu\text{L}$ 未満の状態が 4 週以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続く。
 - ④ヒト免疫不全ウイルス RNA 量について $5,000$ コピー/mL 以上の状態が 4 週以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続く。
 - ⑤1 日 1 時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感および易疲労が月に 7 日以上ある。
 - ⑥健常時に比し 10%以上の体重減少がある。
 - ⑦月に 7 日以上 of 不定の発熱(38°C 以上)が 2 ヶ月以上続く。
 - ⑧1 日に 3 回以上の泥状ないし水様下痢が月に 7 日以上ある。
 - ⑨1 日に 2 回以上の嘔吐あるいは 30 分以上の嘔気が月に 7 日以上ある。
 - ⑩口腔内カンジタ症(頻回に繰り返すもの)、赤痢アメーバ症、带状疱疹、単純ヘルペスウイルス感染症(頻回に繰り返すもの)、糞線虫症及び伝染性軟属腫等の日和見感染症の既往がある。
 - ⑪生鮮食料品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である。
 - ⑫軽作業を越える作業の回避が必要である。
- (2) 回復不能なエイズ合併症のため介助なくしては日常生活がほとんど不可能な状態のもの※

※：接種に当っては、HIV 感染の治療に当る主治医の意見を十分に聞いたうえで、本人への説明をつくして意思を確認し、接種の可否を慎重に決定する(付録 53 頁 結核感染症課長通知)

分類	名称
悪性新生物	白血病 悪性リンパ腫 ランゲルハンス（細胞）組織球症(Histiocytosis X) 神経芽細胞腫 ウィルムス(Wilms)腫瘍 肝芽腫 網膜芽細胞腫 骨肉腫 横紋筋肉腫 ユーイング(Ewing)肉腫 末梢性神経外胚葉腫瘍 脳腫瘍
血液・免疫疾患	血球貪食リンパ組織球症 慢性活動性E B ウイルス感染症 慢性GVHD (Graft Versus Host disease、移植片対宿主病) 骨髄異形成症候群 再生不良性貧血 自己免疫性溶血性貧血 特発性血小板減少性紫斑病 先天性細胞性免疫不全症 無ガンマグロブリン血症 重症複合免疫不全症 バリアブル・イムノデフィシエンシー(variableimmunodeficiency) ディジョージ(DiGeorge)症候群 ウィスコット・アルドリッチ(Wiskott-Aldrich)症候群 後天性免疫不全症候群(AIDS、HIV感染症) 自己炎症性症候群
神経・筋疾患	ウェスト(West)症候群（点頭てんかん） レノックス・ガストウ(Lennox-Gastaut) 症候群 重症乳児ミオクロニーてんかん コントロール不良な「てんかん」 Werdnig Hoffmann病 先天性ミオパチー 先天性筋ジストロフィー ミトコンドリア病 ミニコア病 無痛無汗症 リー(Leigh)脳症 レット(Rett)症候群 脊髄小脳変性症 多発性硬化症 重症筋無力症 ギラン・バレー症候群 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 ペルオキシソーム病 ライソゾーム病 亜急性硬化性全脳炎(SSPE) 結節性硬化症 神経線維腫症Ⅰ型（レックリングハウゼン病） 神経線維腫症Ⅱ型
慢性消化器疾患	肝硬変 肝内胆管異形成症候群 肝内胆管閉鎖症 原発性硬化性胆管炎 先天性肝線維症 先天性胆道拡張症（先天性総胆管拡張症） 胆道閉鎖症（先天性胆道閉鎖症） 門脈圧亢進症 潰瘍性大腸炎 クローン病 自己免疫性肝炎 原発性胆汁性肝硬変 劇症肝炎 膵嚢胞線維症 慢性膵炎

分類	名称
慢性腎疾患	ネフローゼ症候群 巣状糸球体硬化症 慢性糸球体腎炎 急速進行性糸球体腎炎 グッドパスチャー (Goodpasture) 症候群 バーター (Bartter) 症候群
慢性呼吸器疾患	気管支喘息 慢性肺疾患 特発性間質性肺炎
慢性心疾患	期外収縮 心房又は心室の細動 心房又は心室の粗動 洞不全症候群 ロマノ・ワルド (Romano-Ward) 症候群 右室低形成症 心室中隔欠損症 心内膜床欠損症 (一次口欠損症、共通房室弁口症) 心房中隔欠損症 (二次口欠損症、静脈洞欠損症) 単心室症 単心房症 動脈管開存症 肺静脈還流異常症 完全大血管転位症 三尖弁閉鎖症 大血管転位症 大動脈狭窄症 大動脈縮窄症 肺動脈閉鎖症 両大血管右室起始症 特発性肥大型心筋症 特発性拡張型心筋症 小児原発性肺高血圧症 高安病 (大動脈炎症候群)
内分泌疾患	異所性副腎皮質刺激ホルモン (ACTH) 症候群 下垂体機能低下症 アジソン (Addison) 病 クッシング (Cushing) 症候群 女性化副腎腫瘍 先天性副腎皮質過形成 男性化副腎腫瘍 副腎形成不全 副腎腺腫
膠原病	シェーグレン (Sjogren) 症候群 若年性関節リウマチ スチル (Still) 病 ベーチェット病 全身性エリテマトーデス 多発性筋炎・皮膚筋炎 サルコイドーシス 川崎病
先天性代謝異常	高オルニチン血症ー高アンモニア血症ーホモシトルリン尿症症候群 先天性高乳酸血症 乳糖吸収不全症 ぶどう糖・ガラクトース吸収不全症 ウイルソン (Wilson) 病 (セルロプラスミン欠乏症) メチルマロン酸血症
アレルギー疾患	食物アレルギー
先天異常	先天奇形症候群 染色体異常

定期B類

带状疱疹ワクチン予防接種市町担当課一覧表

市町	担当課	担当係	TEL	FAX	〒	住所
伊勢市	健康課	地域医療係	0596-27-2435	0596-21-0683	516-0072	伊勢市宮後1丁目1番35号 Mira!SE内 伊勢市健康福祉ステーション5階
玉城町	保健福祉課	地域共生室	0596-58-8000	0596-58-8688	519-0433	度会郡玉城町勝田4876-1 保健福祉会館
度会町	保健こども課	保健衛生係	0596-62-1112	0596-62-1138	516-2195	度会郡度会町棚橋1215-1
南伊勢町	子育て・福祉課	健康増進係	0599-66-1114	0599-66-1113	516-0194	度会郡南伊勢町五ヶ所浦3057
大紀町	健康福祉課	健康づくり室	0598-86-2216	0598-86-3276	519-2703	度会郡大紀町滝原1610-1

★予防接種についてのお問い合わせは、貴病(医)院所在地の市町ではなく、被接種者住所地市町へおたずね下さい。