

広域用

【経過措置期間用】

带状疱疹予防接種 予診票

接種するワクチン(回数)に☑を入れてください。
 シングリックス(☐1回目、☐2回目)
 ビケン

特記事項
(左下にも☑)

生 身

太枠の中に消えないボールペンで記入またはチェック☑を入れてください。

※医療機関確認用(☑してください)

ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 裏面にて「対象年度」と「対象年齢」の確認を行った <input type="checkbox"/> シングリックス2回目：裏面にて接種間隔を確認した	
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	
住所	和歌山市		大正・昭和	年 月 日 (満 歳)
		(電話番号:)	診察前の体温 度 分	

質問事項	回答欄	医師記入欄
接種当日に、和歌山市に住民登録がありますか。 (※「いいえ」の方は、この予診票を使用できません。)	いいえ・はい	
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。ワクチンの種類は①か②いずれか一つを○で囲んでください。 ※すでに①を2回または②を接種済み方は、この予診票を使用できません。助成の対象外です。	① シングリックス ② ビケン 年 月 日	
予防接種の説明書を読み、効果や副反応について理解しましたか。	いいえ・はい	
現在、治療中の病気はありますか。 病名・治療状況()	はい・いいえ	
主治医には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	
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はありますか。 自覚症状()	はい・いいえ	
食べ物や薬で、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。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。	はい・いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか。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。 病名()	はい・いいえ	
その病気を診てもらっている医師に予防接種を受けてよいと言われましたか。	いいえ・はい	
1か月以内に熱が出たり病気にかかったりしましたか。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	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 見合わせる 理由:	本人に予防接種の効果・副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明しました。 医師署名 または記名押印
--------------------------------	-----------------------------	---------------------------------------	--

※記入確認

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。	<input type="checkbox"/> 希望します	<input type="checkbox"/> 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。 ※自署できない方は代筆者が署名し、代筆者の氏名及び被接種者の続柄を記載 被接種者署名 代筆者氏名 () 続柄 ()

使用ワクチン製造元 <input type="checkbox"/> GSK <input type="checkbox"/> 阪大微 <input type="checkbox"/> 有効期限が切れていないか確認	Lot. No	接種方法・量 0.5ml <input type="checkbox"/> 筋肉内 <input type="checkbox"/> 皮下	接種場所・接種医師名	接種年月日 年 月 日 医療機関番号 6000
---	---------	--	------------	----------------------------------

下に該当する場合は☑を記入
 対象者のうち「生活保護受給者・中国残留邦人等支援受給者」は自己負担額免除
 満60～65歳未満の者で、「ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害」で身体障害者手帳1級所持者又は同等と判断された者

和歌山市

裏面【医療機関確認用】

「対象年度」と「対象年齢」を確認し、をしてください。

以下の生年月日の方は、接種日に年齢に達していなくても接種期間内に接種できます。

令和7年度（接種期間：令和7年4月1日～令和8年3月31日）

年齢	生年月日	年齢	生年月日
<input type="checkbox"/> 65歳	昭和35年4月2日～昭和36年4月1日生	<input type="checkbox"/> 70歳	昭和30年4月2日～昭和31年4月1日生
<input type="checkbox"/> 75歳	昭和25年4月2日～昭和26年4月1日生	<input type="checkbox"/> 80歳	昭和20年4月2日～昭和21年4月1日生
<input type="checkbox"/> 85歳	昭和15年4月2日～昭和16年4月1日生	<input type="checkbox"/> 90歳	昭和10年4月2日～昭和11年4月1日生
<input type="checkbox"/> 95歳	昭和 5年4月2日～昭和 6年4月1日生	<input type="checkbox"/> 100歳	大正14年4月2日～大正15年4月1日生
		<input type="checkbox"/> 100歳以上	大正14年4月1日以前生まれの方、全員対象

令和8年度（接種期間：令和8年4月1日～令和9年3月31日）

年齢	生年月日	年齢	生年月日
<input type="checkbox"/> 65歳	昭和36年4月2日～昭和37年4月1日生	<input type="checkbox"/> 70歳	昭和31年4月2日～昭和32年4月1日生
<input type="checkbox"/> 75歳	昭和26年4月2日～昭和27年4月1日生	<input type="checkbox"/> 80歳	昭和21年4月2日～昭和22年4月1日生
<input type="checkbox"/> 85歳	昭和16年4月2日～昭和17年4月1日生	<input type="checkbox"/> 90歳	昭和11年4月2日～昭和12年4月1日生
<input type="checkbox"/> 95歳	昭和 6年4月2日～昭和 7年4月1日生	<input type="checkbox"/> 100歳	大正15年4月2日～昭和 2年4月1日生 (昭和元年)

令和9年度（接種期間：令和9年4月1日～令和10年3月31日）

年齢	生年月日	年齢	生年月日
<input type="checkbox"/> 65歳	昭和37年4月2日～昭和38年4月1日生	<input type="checkbox"/> 70歳	昭和32年4月2日～昭和33年4月1日生
<input type="checkbox"/> 75歳	昭和27年4月2日～昭和28年4月1日生	<input type="checkbox"/> 80歳	昭和22年4月2日～昭和23年4月1日生
<input type="checkbox"/> 85歳	昭和17年4月2日～昭和18年4月1日生	<input type="checkbox"/> 90歳	昭和12年4月2日～昭和13年4月1日生
<input type="checkbox"/> 95歳	昭和 7年4月2日～昭和 8年4月1日生	<input type="checkbox"/> 100歳	昭和 2年4月2日～昭和 3年4月1日生

令和10年度（接種期間：令和10年4月1日～令和11年3月31日）

年齢	生年月日	年齢	生年月日
<input type="checkbox"/> 65歳	昭和38年4月2日～昭和39年4月1日生	<input type="checkbox"/> 70歳	昭和33年4月2日～昭和34年4月1日生
<input type="checkbox"/> 75歳	昭和28年4月2日～昭和29年4月1日生	<input type="checkbox"/> 80歳	昭和23年4月2日～昭和24年4月1日生
<input type="checkbox"/> 85歳	昭和18年4月2日～昭和19年4月1日生	<input type="checkbox"/> 90歳	昭和13年4月2日～昭和14年4月1日生
<input type="checkbox"/> 95歳	昭和 8年4月2日～昭和 9年4月1日生	<input type="checkbox"/> 100歳	昭和 3年4月2日～昭和 4年4月1日生

令和11年度（接種期間：令和11年4月1日～令和12年3月31日）

年齢	生年月日	年齢	生年月日
<input type="checkbox"/> 65歳	昭和39年4月2日～昭和40年4月1日生	<input type="checkbox"/> 70歳	昭和34年4月2日～昭和35年4月1日生
<input type="checkbox"/> 75歳	昭和29年4月2日～昭和30年4月1日生	<input type="checkbox"/> 80歳	昭和24年4月2日～昭和25年4月1日生
<input type="checkbox"/> 85歳	昭和19年4月2日～昭和20年4月1日生	<input type="checkbox"/> 90歳	昭和14年4月2日～昭和15年4月1日生
<input type="checkbox"/> 95歳	昭和 9年4月2日～昭和10年4月1日生	<input type="checkbox"/> 100歳	昭和 4年4月2日～昭和 5年4月1日生

シングリックスの接種間隔を確認し、をしてください。

1回目から2回目の接種間隔は、2か月以上あいている



※医師が医学的知見に基づき必要と認める場合（免疫機能の低下等により早期の接種が必要など）は、1か月以上の間隔で接種が可能。（早期の接種が必要な理由を、表面の医師記入欄に記載してください。）

【接種間隔の考え方について】

・2か月以上あけて接種：2か月後の接種した日と同日から接種可能（4月1日⇒6月1日から可能）

接種した日と同日になる日が存在しない場合には、2月後の翌月1日から接種可能（7月31日⇒10月1日から可能）