

令和 6 年度

鹿児島市高齢者の予防接種 実施上の留意事項

- 成人用肺炎球菌予防接種の費用助成の経過措置は令和 5 年度で終了となっております。
対象者：①接種時に 65 歳の人、②接種時に 60 歳以上 65 歳未満の内部障害 1 級相当の人
詳しくは 1 P をご確認ください。
- 令和 6 年度より新型コロナウイルス感染症の定期予防接種が開始されます。

【目次】

ページ

1 概要	1
2 自己負担額	1
3 実施手順	
(1) 対象者の確認	2
(2) 自己負担の有無の確認	
生活保護受給者	
①生活保護受給証、生活保護法医療券	2
②自立支援医療受給者証	2
市民税非課税世帯	
①介護保険料納入通知書（決定通知）等	3
②後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証	3
③市民税非課税証明書	4
(3) 予診票の記入、医師の予診・説明	4
(4) 予診票へ署名等	5
(5) 接種	5
(6) 接種済証	5
(7) 予診票の保管	5
4 予防接種による間違い	5
5 副反応疑い報告	6
6 予防接種健康被害救済制度	6
7 令和 6 年度委託料単価（消費税相当額を含む）	6
8 委託料の請求及び支払い方法	7
9 鹿児島県相互乗り入れ制度	7
(参考) インフルエンザ・成人用肺炎球菌・新型コロナ予診票チェック事項	8

【お問い合わせ先】 鹿児島市 感染症対策課

〒892-8677 鹿児島市山下町 1 1 番 1 号

TEL（直通）： 099-803-7023 FAX（代表）： 099-803-7026

1 概要

(1) インフルエンザ 助成期間：令和6年10月1日～令和7年3月31日

ワクチン	対象者（鹿児島市に住民登録のある者）	予診票	回数	接種量	方法
インフルエンザ	① 接種時に 65 歳以上 の人 ② 接種時に 60 歳以上 65 歳未満で、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する人及び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人（内部障害 1 級相当）	医療機関に送付 (9 月末)	1 回	0.5 ml	皮下

(2) 成人用肺炎球菌 助成期間：令和6年4月1日～令和7年3月31日

ワクチン	対象者（鹿児島市に住民登録のある者）	予診票	回数	接種量	方法
23 価 肺炎球菌 (ニューモバックス)	過去に 23 価肺炎球菌ワクチン（ニューモバックス）の接種を受けたことがない人 ① 接種時に 65 歳の人 ② 接種時に 60 歳以上 65 歳未満で、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する人及び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人（内部障害 1 級相当）	①は個別送付 ②は FAX で医療機関に送付 ※ 5 年度の予診票も 65 歳の間は使用可	1 回	0.5 ml	筋肉又は皮下

※ 過去に 2 3 価肺炎球菌ワクチンの接種をした市民は対象となりません。

※ 以前、任意接種をした方で、接種したワクチンが 13 価肺炎球菌ワクチン（プレバナー）であれば、今回の定期接種の対象となります。

(3) 新型コロナ 助成期間：令和6年10月1日～令和7年3月31日

ワクチン	対象者（鹿児島市に住民登録のある者）	予診票	回数	接種量	方法
新型コロナ	(1) インフルエンザと同じ			下表参照	筋肉

社名	種類	接種量 ※60 歳以上	貯法・有効期間	剤形	抗原株
ファイザー	mRNA ワクチン	0.3 ml	2℃～8℃・8 か月	シリンジ	JN.1
モデルナ		0.5 ml	-20±5℃・12 か月	バイアル	
第一三共		0.6 ml	2～8℃・7 か月		
Meiji Seika ファルマ	mRNA ワクチンレプリコンワクチン	0.5 ml	-20±5℃・18 か月		
武田薬品工業	組換えタンパクワクチン	0.5 ml	冷凍を避け 2～8℃・9 か月		

(4) 注意事項（共通）

肺炎球菌は、**接種日時点で 65 歳**、インフルエンザ・新型コロナは、**65 歳以上でない**と対象者にならないため必ず**年齢確認をお願いします。（年度末の年齢ではなく、接種日時点です。）**

2 自己負担額

予防接種	自己負担額	助成期間
インフルエンザ	1, 5 0 0 円	令和6年10月1日～令和7年3月31日
成人用肺炎球菌	3, 0 0 0 円	令和6年4月1日～令和7年3月31日
新型コロナ	2, 0 0 0 円	令和6年10月1日～令和7年3月31日

医療機関で自己負担額を必ず徴収してください。

ただし、「生活保護受給者」と「市民税非課税世帯の者」からは徴収しないでください。

（確認方法については、次ページ「（2）自己負担の有無の確認」参照）

誤って徴収した場合、鹿児島市から本人に返金することはできませんので、ご注意ください。

3 実施手順

(1) 対象者の確認

全員	健康保険証、運転免許証など…年齢、住所などを確認
60～64歳	身体障害者手帳、医師の診断書など…内部障害1級相当であることを確認 ※手帳又は診断書のコピーは予診票の後ろにホッチキス留めしてください。

(2) 自己負担の有無の確認

生活保護受給者
市民税非課税世帯の者



確認書類を提示してもらい、予診票の「自己負担」の欄 “なし” に○を付け
確認書類の番号を○で囲み、[]に番号を記入
※確認書類の写しや原本は付けずに、本人に返す

上記以外の者



代金を徴収
予診票の「自己負担」の欄 “あり” に○をつける

生活保護受給者の確認書類

- ① 鹿児島市生活保護受給証(休日・夜間等診療依頼証)、生活保護法医療券、生活保護受給証明書
【生活保護受給証】

更新のタイミングで有効期限が切れている受給証も利用可能

予診票には[交付番号]を記入

【生活保護法医療券】

当月分で、有効期限内だと○

予診票には[受給者番号]を記入

② 自立支援医療受給者証

予診票には[自立支援医療費受給者番号]を記入

負担区分が「生活保護世帯」のみ

市民税非課税世帯の確認書類（世帯全員が非課税のみ。その証明は下記のものになります。）

① 介護保険料納入通知書（決定通知）、介護保険料納入通知書（変更通知）

6月に最新（令和6年度）の通知書が介護保険課から届きますので、4月～6月は令和5年度分でも可としますが、7月以降は令和6年度分であることを確認してください。

【介護保険料納入通知書（決定通知） 又は 介護保険料納入通知書（変更通知）】

[illegible]

② 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証	
有効期限	
交付年月日	
被保険者番号	
被 保 険 者	住 所
	氏 名
	生年月日
発 効 期 日	
適 用 区 分	
長 期 入 院 該 当 年 月 日	保険 者 印
保 険 者 番 号 並 び に 保 険 及 び 名 称 印	

マイナンバーカードを利用してオンラインで確認した場合は、
予診票の「オンライン資格確認」に○

予診票には「有効期限」を記入
※有効期限が切れていると ×

適用区分が
「区分Ⅰ」、「区分Ⅱ」のみ

国民健康保険の『医療限度額適用・標準負担額減額認定証』は、市民税非課税世帯の証明になりません。

(4) 予診票へ署名等

- ① 医師は、予診票の医師記入欄の（実施できる・見合わせた方がよい）のいずれかに○をし、氏名を記載してください。（署名または記名押印）
- ② 対象者に予診票の「接種希望書・同意書」の（希望します・希望しません）のいずれかに○をしてもらい、署名させてください。自署ができない者に対しては、代筆者に氏名及び続柄を記入させてください。対象者の意思確認が困難な場合、家族又はかかりつけ医の協力により本人の意思確認をしてください。対象者の意思が最終的に確認できなかった場合は、任意接種となり、費用は全額自己負担となります。
- ③ 接種を受けるかどうかの最終的な判断は、被接種者の責任で行うものです。接種後、インフルエンザ、肺炎及び新型コロナに罹患したり、あるいは罹患したことにより重症化、死亡したりした場合でも、本市及び接種医には、その責任がない旨を事前に説明しておいてください。

(5) 接種

- ① 予防接種関係法令、ワクチンの添付文書等に従って接種してください。
 - ・関係法令等：予防接種法、予防接種法施行令、予防接種施行規則、予防接種実施規則、定期の予防接種実施要領
 - ・冊子：予防接種ガイドライン、予防接種における間違いを防ぐために等
 - ・ホームページ：厚生労働省ホームページ (<http://www.mhlw.go.jp/>)
公益財団法人予防接種リサーチセンター (<http://www.yoboseshu-rc.com/>)
- ② 接種後は、予診票下の実施場所・医師名・接種年月日・使用ワクチン名及び接種量を記入してください。接種年月日は楷書体で明瞭にお願いします。特にゴム印を使用される際は、不明瞭にならないようにしてください。

(6) 接種済証

予防接種お知らせの下部が『接種済証』になっています。

接種後に必要事項を記入し、必ず被接種者に発行してください。

(7) 予診票の保管

予診票は5年間保管しておいてください。

4 予防接種による間違い

予防接種の実施にあたっては、接種対象年齢等の確認を徹底し、接種間違いの発生防止に努めていただきますようお願いいたします。なお、接種間違い分については、鹿児島市から委託料の支払いはできませんのでご注意ください。

予防接種による間違いが発生した場合の対応

- ① 被接種者の健康状態を確認し、必要に応じ、適切な処置を行う。
- ② 感染症対策課に電話で接種間違いの連絡を行う。
- ③ 「（公財）予防接種リサーチセンター」（TEL：03-6206-2121）に、今後の接種について確認する（再接種が必要か、今後の接種スケジュール等）。
- ④ 「予防接種による間違い発生報告書」に必要事項を記載し、予診票と合わせてFAXにて感染症対策課へ提出する。

5 副反応疑い報告

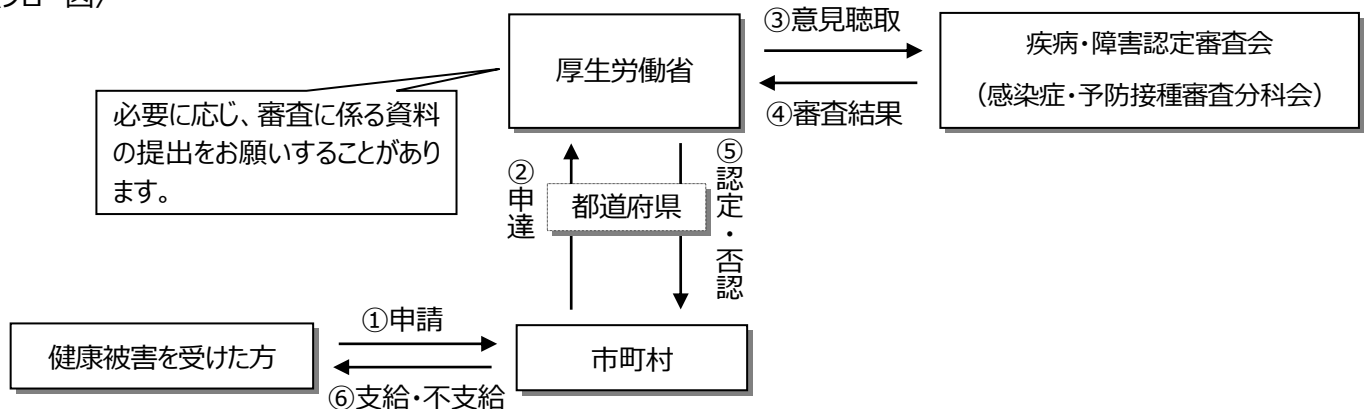
予防接種後に生じた副反応を診断した医師は、速やかに独立行政法人医薬品医療機器総合機構へ報告することが義務付けられています（本人の同意は不要です）。定期接種だけではなく、任意接種も同じ様式で報告できます。この報告は「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」の規定による報告としても取り扱うこととするため、改めて報告することは不要となります。

医薬品医療機器総合機構への報告専用FAX番号：0120-176-146

6 予防接種健康被害救済制度

定期の予防接種により重篤な健康被害が発生し、厚生労働大臣が認定したときには、予防接種法の規定により、発生した健康被害の救済が行われることになっています。本市から県を経由して、厚生労働省へ認定手続きをすることになりますので、市民の方から相談された際は、感染症対策課へご連絡ください。

〈フロー図〉



7 令和6年度委託料単価（消費税相当額を含む）

予防接種	自己負担あり	自己負担なし	接種不可者
インフルエンザ	3,725円	5,225円	3,168円 (予診のみ)
成人用肺炎球菌	5,785円	8,785円	
新型コロナ	13,300円	15,300円	

《接種不可対象となる例》 ※診療行為を行った場合は除きます。

- ① 明らかに発熱（37.5℃以上）しているもの
- ② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかなもの
- ③ 接種液の成分でアナフィラキシーを起こしたことがあるもの

該当者がいた場合は、添付書類の「予防接種不可者受診券」を使用して請求してください。

——線（太線）内は本人又は代筆者に記入してもらってください。

＝線（二重線）内は貴院にて記入してください。

8 委託料の請求及び支払い方法

	市医師会会員の医療機関	市医師会会員でない医療機関
提出書類	① 令和6年度〇〇予防接種委託料請求書兼内訳書 ※「3-1」、「3-2」、「3-3」に必要事項をそれぞれ記入し 切り取り線で分割し、下記のとおり提出 「3-1」、「3-2」…… 市医師会へ提出 「3-3」…………… 各医療機関で保管 ② 予診票（2枚複写） 1枚目…市医師会へ提出 2枚目…各医療機関で保管 ③ 接種不可者受診券（いた場合のみ）	① 予防接種委託契約実施報告書 ② 請求書 ③ 予診票（2枚複写） 1枚目…鹿児島市へ提出 2枚目…各医療機関で保管 ④ 接種不可者受診券（いた場合のみ）
提出期限	接種月の翌月10日	接種月の翌月15日
提出先	鹿児島市医師会事務局	鹿児島市（郵送、直接）
振込時期	本市が市医師会から請求書を受理後、30日以内に市医師会へ支払い、その後、市医師会から各医療機関に支払われます。	本市が各医療機関から請求書を受理後、30日以内に指定された口座に支払われます。
・本市で、予診票の記載内容（不備がある場合は返却します）、接種件数、請求金額等を確認した後、入金されます。 ※提出前に、予診票のすべての記載内容に記入漏れ等がないことや、対象年齢であることなどを再度確認してください。 （確認方法については、次ページ「予診票チェック事項」参照） ※不備が多い場合、お支払できないことがあります。		

請求の様式などは、本市HPからダウンロードできます。

検索方法：本市HPのサイト内検索入力欄に、「インフルエンザ」や「成人用肺炎球菌」、「新型コロナ」と入力
 → ページの下部「医療機関の皆様へ」

9 鹿児島県相互乗り入れ制度

鹿児島県医師会が実施している相互乗り入れ制度に参加している医療機関については、鹿児島市外に住民登録がある者でも公費負担による定期接種が可能です。その際、使用する予診票は住民登録がある自治体のものになります。

インフルエンザ
予診票チェック
事項

令和 年度 鹿児島市インフルエンザ予防接種予診票

☐ 枠内 接種を受ける本人が記入 ☐ 枠内 医療機関記入

所 児島市 山下 丁目 11 番地 / 電話番号 (000-000-0000)

(フリガナ) ヤウラジマ ハナコ

氏 名 木安島 花子

性別 男 ☐ 女 ☒
 生年 大正 34 年 10 月 1 日

昭和 (満 65 歳)

※対象者：(1)接種日に65歳以上の鹿児島市民 (2)接種日に60歳以上65歳未満で内部障害1級程度の鹿児島市民

質問事項	回答欄	医師記入欄
今日の予防接種について「予防接種のお知らせ」を読み、理解しましたか	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか 病名 ()	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
治療 (投薬など) を受けていますか	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> 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いわれましたか	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
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 ()	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> 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 ()	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> 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いわれましたか	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
最近1か月以内に熱がでたり、病気にかかったりしましたか 病名 ()	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
最近1か月以内に、家族等に、インフルエンザ、麻しん、風しん、水痘、おたふく かぜなどの病気の方がいましたか 病名 ()	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
最近1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 () (月 日頃)	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか とはありますか	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
接種を受けて具合が悪くなったことはありますか	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
アレルギーがありますか	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
アレルギーが出たり、体の具合が悪くなったことはあ りませんか	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
接種を受けたことがありますか (歳頃)	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	

よくある間違い③
希望しますに○がありま
すか？

よくある間違い②
実施できるに○がありますか？
署名または記名押印がありま
すか？

今日、今日の予防接種の結果、今日の予防接種は (実施できる・見合わせた方がよい) と判断する。

医師記入欄 医師署名又は記名押印 鹿児島市 木安島 花子

インフルエンザ予防接種 希望書・同意書 (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。)

① 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果、副反応などについて理解した上で、接種することを
 (希望します・希望しません) 。 ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。

② 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、本予診票が鹿児島市に提出されることに同意します。

令和 6 年 10 月 1 日 被接種者 (代筆者) 署名 木安島 花子 [代筆者の場合 続柄 長男]

(※自署が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入)

自己負担あり ☐ なし ☒

※自己負担なしの場合は、確認した資料の番号を○で囲み、[] に通知書番号・有効期限を記入してください。

1 生活保護受給者確認資料

①生活保護受給証 [] 又は医療券 []

②自立支援医療受給者証 []

③ []

2 市民税非課税世帯確認資料

①介護保険料納入通知書 (決定通知) (1~3) []

②介護保険料納入通知書 (変更通知) (1~3) []

③後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証 (I・II)

[] 又は オンライン資格確認

④市民税非課税証明書 []

⑤ []

よくある間違い④
代筆の場合、代筆した人の氏名
と続柄が記載されていますか？
代筆の場合、被接種者の意思
を確認した方が、被接種者に代わ
って被接種者名、代筆者名、被
接種者との続柄を記入します。

よくある間違い⑤
自己負担あり or なし どちらかに○がありますか？

- ・自己負担なし (生活保護受給者か市民税非課税世帯の方は無料)の場合は、本人が提示した確認資料の番号を○し、[] に番号を記入
- ・後期高齢者医療限度額・標準負担額減額認定証の場合は、有効期限を記入
(マイナンバーカードを利用して確認した場合は、オンライン資格確認に○)
- ・確認資料の写しや原本の添付は不要。確認したら本人に返却する。

肺炎球菌
予診票チェック
事項

よくある間違い①

予防接種シールは貼付していますか？

・シールを紛失している場合は、感染症対策課へ宛名番号を確認し、記入してください。

よくある間違い②

接種日に65歳ですか？

・60～64歳で内部障害の人は予診票をFAXで送付します。(手帳等のコピー添付要)

よくある間違い③

過去に接種歴はありますか？

・接種歴がある人は定期対象外です。(5年経過していたら任意接種は可能。任意の予診票を使用してください)

よくある間違い④

実施できるに○がありますか？

署名または記名押印がありますか？

よくある間違い⑥

代筆の場合、代筆した人の氏名と続柄が記載されていますか？

代筆の場合、被接種者の意思を確認した方が、被接種者に代わって被接種者名、代筆者名、被接種者との続柄を記入します。

鹿児島市高齢者等肺炎球菌予防接種予診票

診察前の体温 36 度 4 分 [◆予防接種シール貼付欄◆]

住所 鹿児島市 山下 丁目 11 番地 1 電話番号 (000 000 0000)

(フリガナ) マクラジマ ダク 氏名 桜島 大 性別 男・女 生年月日 昭和 34 年 4 月 1 日生 (満 65 歳)

※対象者：(1)接種日に65歳の鹿児島市民 (2)接種日に60歳以上65歳未満で内部障害1級相当の鹿児島市民 (ただし、過去に23価肺炎球菌ワクチンを接種したことがある方は対象となりません。)

質問事項	回答欄	医師記入欄
これまでに23価肺炎球菌ワクチンの予防接種を受けたことがありますか	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
今日受ける予防接種について同封の「予防接種のお知らせ」を読み、理解しましたか	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
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 <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
現在、なにか病気にかかっていますか 病名 ()	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
治療(投薬など)を受けていますか	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
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 <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
免疫不全と診断されたことがありますか	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
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 ()	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
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 <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
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 <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
最近1か月以内に熱がでたり、病気にかかったりしましたか 病名 ()	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
最近1か月以内に、家族等に、インフルエンザ、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名 ()	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
最近1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 () () 月 () 日頃	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
嘔吐、下痢、発熱、じんましんが出たり、体の具合が悪くなったことはありますか	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
アレルギー反応はありますか () 歳頃	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	

よくある間違い⑤

希望しますに○がありますか？

今日の予防接種は(実施できる)・見合わせた方がよいと判断する。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 鹿児島市 大 望

高齢者等肺炎球菌予防接種 希望書・同意書 (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。)

①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、ワクチンの接種を(希望します)・希望しません。 ※かつこの中のどちらかを○で開んでください。

②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、本予診票が鹿児島市に提出されることに同意します。

代筆者 桜島 望

6 年 4 月 1 日 被接種者(代筆者)署名 桜島 大 [代筆者の場合 続柄 長男]

(※自署が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)

自己負担	確認資料	接種経路・接種量	接種年月日	令和 年 月 日	実施場所	医師名
あり	1 生活保護受給者確認資料 ①生活保護受給証 [] []又は医療券[] ②自立支援医療受給者証 [] ③ []	筋肉内・皮下 (接種量 0.5ml)				
なし	2 市民税非課税世帯確認資料 ①介護保険料納入通知書(決定通知)(1~3) [] ②介護保険料納入通知書(変更通知)(1~3) [] ③後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証(I・II) []又はオンライン資格確認 [] ④市民税非課税証明書 [] ⑤ []					

よくある間違い⑤

自己負担ありorなしどちらかに○がありますか？

・自己負担なし(生活保護受給者か市民税非課税世帯の方は無料)の場合は、本人が提示した確認資料の番号を○し、[]に番号を記入

・後期高齢者医療限度額・標準負担額減額認定証の場合は、有効期限を記入

(マイナンバーカードを利用して確認した場合は、オンライン資格確認に○)

・確認資料の写しや原本の添付は不要。確認したら本人に返却する。

新型コロナ
予診票チェック
事項

【注意事項】

- ・10/1 **より前**に接種した場合、定期接種の対象となりません。(R7.3.31 より後も同じ)
- ・10/1 **以降**に、XBB 対応型 1 価ワクチンを接種した場合、定期接種の対象となりません。
(定期接種では、「JN.1 系統及びその下位系統へのより高い中和抗体を誘導する抗原を含むこと」とされていまして、上記に対応するワクチン以外は定期接種に該当しません。)
- ・過去に接種履歴のない方で 2 回接種する場合、**2 回目の接種は任意接種**となります。
- ・新型コロナワクチンとインフルエンザ又は肺炎球菌ワクチンとの同時接種は、医師が特に必要と認めた場合可能です。また、接種間隔に制限はありません。

2-1

(鹿児島市提出用)

令和 6 年度 鹿児島市新型コロナウイルス感染症予防接種予診票

― 枠内：接種を受ける本人が記入 ― 枠内：医療機関記入

住所	鹿児島市 山下町 丁目 11 番 1 号	診療前の体温	36 度 4 分
(フリガナ)	サクラジマ ダイ	電話番号 (1 2 3 - 4 5 6 - 7 8 9 0)	
氏 名	桜島 大	性別	男・女
		生年月日	大正 34 年 10 月 1 日生 (満 65 歳)

※対象者：(1)接種日に65歳以上の鹿児島市民 (2)接種日に60歳以上65歳未満で内部障害1級程度の鹿児島市民

質問事項	回答欄	医師記入欄
今日の予防接種について「予防接種のお知らせ」を読み、理解しましたか	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか 病名 ()	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
具合の悪い症状を書いてください ()	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
病名 ()	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
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	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
病名 ()	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
最近1か月以内に予防接種を受けましたか	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
予防接種の種類 () (月 日頃)	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
新型コロナウイルス感染症の予防接種を受けたことがありますか	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
①その際に具合が悪くなったことはありますか	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
②新型コロナウイルス感染症以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
薬品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はありますか	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
(歳頃)	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
()	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
の結果、今日の予防接種は (実施できる・見合わせた方がよい) と判断する。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
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。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	

よくある間違い③
希望しますに○がありますか？

よくある間違い①
65歳以上ですか？

・64歳以下は任意接種の予診票を使う
※ただし、60～64歳で内部障害の人は手帳等のコピーを添付すれば定期でOK)

よくある間違い②
実施できるに○がありますか？
署名または記名押印がありますか？

よくある間違い④
代筆の場合、代筆した人の氏名と続柄が記載されていますか？
代筆の場合、被接種者の意思を確認した方が、被接種者に代わって被接種者名、代筆者名、被接種者との続柄を記入します。

医師記入欄

医師署名又は記名押印 鹿児島 太郎

新型コロナウイルス感染症予防接種 希望書・同意書

(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。)

① 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果、副反応などについて理解した上で、接種することを希望します・希望しません。 ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。

② 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、本予診票が鹿児島市に提出されることに同意します。 代筆者 桜島 望

令和6年10月1日 被接種者(代筆者※)署名 桜島 大 [代筆者※の場合 続柄 長男]

(※自署が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)

自己負担あり

※自己負担なしの場合は、確認した資料の番号を○で囲み、[]に通知書番号・有効期限等を記入すること

1 生活保護受給者確認資料

①生活保護受給証 [] 又は 医療券 []

②自立支援医療受給者証 []

③ []

2 市民税非課税世帯確認資料

①介護保険料納入通知書(決定通知)(1～3) []

②介護保険料納入通知書(変更通知)(1～3) []

③後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証(I・II) [] 又は オンライン資格確認

④認定証有効期限 []

⑤市民税非課税証明書 []

ワクチンメニュー

接種量

実施場所

よくある間違い⑤

自己負担ありorなし どちらかに○がありますか？

- ・自己負担なし(生活保護受給者か市民税非課税世帯の方は無料)の場合は、本人が提示した確認資料の番号を○し、[]に番号を記入
- ・後期高齢者医療限度額・標準負担額減額認定証の場合は、有効期限を記入
(マイナンバーカードを利用して確認した場合は、オンライン資格確認に○)
- ・確認資料の写しや原本の添付は不要。確認したら本人に返却する。