

高齢者インフルエンザ予防接種及び 新型コロナウイルス感染症予防接種について



接種の概要について

➤ 接種期間（休診日は除く）

インフルエンザ	契約日から令和7年12月31日(水)まで
新型コロナウイルス	契約日から令和8年3月31日(火)まで

※ 接種期間が異なりますので御注意ください。

➤ 対象者（インフルエンザと新型コロナウイルスの対象者は同じ）

(1) 65歳以上の者（接種時点）

(2) 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓、膀胱腎臓、小腸、肝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者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者

⇒ 市から配布する予診票に『身障』と明記

市で身体障害者手帳等により把握できる対象者の方については、事前に予診票を送付しています。

それ以外の方で医師の判断として(2)に該当すると思われる場合は、市こども保健課へ御連絡ください。

委託料等について

➤ 1 件当たり委託料

区分	インフルエンザ	新型コロナウイルス
接種者	委託料 2,600円	委託料 12,100円
生活保護者 ※生活保護証明書を持参した者に限る。	委託料 4,000円	委託料 15,200円
予診のみの者	委託料 1,500円	—

※1 個人負担金として、接種料と委託料の差額を窓口で徴収してください。

※2 接種料は、ワクチン代、注射器代及び診断料を含む額とします。

➤ 接種費用の請求

それぞれの予防接種の予診票と実施報告書兼請求書を、**事業実施の翌月末日まで**に市こども保健課へ御提出ください。

※1 予診票には、協力医療機関名及びロット番号の記入、押印をお願いします。

※2 委託料振込先が、前年度又は前月提出分から変更がない場合、記入は不要です。

請求書提出月の翌月に、委託料を支払います。

インフルエンザ予防接種について

➤ 接種方法

予診票：水色

インフルエンザワクチン0.5mlを、1回皮下に注射

※ 「インフルエンザ予防接種を受けられる方へ」を接種対象者に読んでいただいてから接種して下さるようお願いします。

➤ ワクチンについて

各医療機関で準備し、10℃以下で保管してください。

また、一度開封したワクチンは24時間以内に使用してください。

➤ 接種後の注意

予防接種後の入浴は構いませんが、大量の飲酒、激しい運動は避けるよう御指導ください。

➤ 予防接種済証

接種後、接種済証に予防接種の接種年月日及び医療機関を記入後、接種者にお渡しください。

健康手帳をお持ちの方へは、接種済証を健康手帳に貼付するよう御指導ください。

新型コロナウイルス感染症予防接種について

➤ 接種方法

新型コロナワクチン（JN.1対応）を1回、**上腕の三角筋部へ筋肉内注射**

※ 「新型コロナウイルス感染症予防接種を受けられる方へ」を接種対象者に読んでいただいてから接種してくださるようお願いします。

予診票：薄オレンジ色

➤ ワクチンについて

※ 1：12歳以上を対象とした製剤の剤形。

※ 2：2025/26シーズン（令和7年度）の新型コロナワクチンの供給を見込む各企業からのヒアリング情報をもとに作成。

企業名	ファイザー株式会社	モデルナ・ジャパン株式会社	第一三共株式会社	武田薬品工業株式会社	Meiji Seikaファルマ株式会社
販売名	コミナティ®	スパイクバックス®	ダイチロナ®	ヌバキソビッド®	コスタイベ®
剤形※1	プレフィルドシリンジ製剤（1回分）		バイアル製剤（2回分）		
抗原組成	オミクロン株LP.8.1	オミクロン株LP.8.1	オミクロン株XEC	オミクロン株LP.8.1	オミクロン株XEC
モダリティ	mRNA			組換えタンパク	mRNA（レプリコン）
ワクチン見込み供給量※2	約647万回			約180万回	約82万回
合計 約909万回					

※ 上記のワクチンのうち、いずれかを各医療機関で準備してください。

➤ 接種後の注意

➤ 予防接種済証

インフルエンザと同じ取扱い

その他

➤ 予診票等の配布時期

阿久根市に住所を有するインフルエンザ予防接種・新型コロナウイルス感染症予防接種の対象者へ **9月下旬**に配布

令和8年1月1日～3月31日に65歳となるかた

新型コロナウイルス感染症のみが接種対象（インフルエンザは対象外）

誕生日の前月末に新型コロナウイルス感染症の予診票等を接種対象者へ送付
（高齢者肺炎球菌予診票と同封予定）

➤ 予診票の用紙について

インフルエンザの予診票は**水色**

新型コロナウイルスの予診票は**薄オレンジ色**の用紙です。

接種過誤を防止するために、市から配布した予診票以外は使用しないようお願いいたします。



「令和7年度」及び「対象者氏名」が印字してあるもの

紛失等の場合は、必ず市こども保健課保健予防係まで御連絡ください。

予診票(参考)

〒899-1696 阿久根市鶴見町 200 番地		昭和35年10月～12月の間に生まれた方は 次の文言を記載しています。																																																																
阿久根 太郎 様		※65歳の誕生日から有効 (有効期間：～R7.12.31) ◎予診票の質問事項等(太枠内)は 全項目、回答してください。(ボールペン書)																																																																
令和7年度以外の予診票は 使用できません。		有効期間を印字しています。																																																																
令和7年度 インフルエンザ予防接種予診票 阿久根市																																																																		
住所	阿久根市鶴見町 200 番地																																																																	
氏名	阿久根 太郎	性別	男																																																															
生年月日	昭和〇〇年△月××日生 (満 歳)																																																																	
電話番号	診察前の体温 度 分																																																																	
<table><thead><tr><th>質問事項</th><th>回答欄</th><th>医師記入欄</th></tr></thead><tbody><tr><td>今日のインフルエンザ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。</td><td>はい いいえ</td><td></td></tr><tr><td>今日の予防接種の効果や副反応について理解しましたか。</td><td>はい いいえ</td><td></td></tr><tr><td>現在、何か病気にかかっていますか。</td><td>はい いいえ</td><td></td></tr><tr><td>病名 ()</td><td>はい いいえ</td><td></td></tr><tr><td>治療(投薬など)を受けていますか。</td><td>はい いいえ</td><td></td></tr><tr><td>その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。</td><td>はい いいえ</td><td></td></tr><tr><td>免疫不全と診断されたことがありますか。</td><td>はい いいえ</td><td></td></tr><tr><td>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。()</td><td>はい いいえ</td><td></td></tr><tr><td>ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。</td><td>はい いいえ</td><td></td></tr><tr><td>インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。</td><td>はい いいえ</td><td></td></tr><tr><td>①その際に具合が悪くなったことがありますか。</td><td>はい いいえ</td><td></td></tr><tr><td>②インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか。</td><td>はい いいえ</td><td></td></tr><tr><td>ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。</td><td>はい いいえ</td><td></td></tr><tr><td>1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。</td><td>はい いいえ</td><td></td></tr><tr><td>予防接種名 ()</td><td>はい いいえ</td><td></td></tr><tr><td>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。</td><td>はい いいえ</td><td></td></tr><tr><td>病名 ()</td><td>はい いいえ</td><td></td></tr><tr><td>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。</td><td>はい いいえ</td><td></td></tr><tr><td>最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったり病名 ()</td><td>はい いいえ</td><td></td></tr><tr><td>今日の予防接種について質問がありますか。</td><td>はい いいえ</td><td></td></tr></tbody></table>				質問事項	回答欄	医師記入欄	今日のインフルエンザ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		今日の予防接種の効果や副反応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。	はい いいえ		病名 ()	はい いいえ		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がありますか。 具合の悪い症状を書いてください。()	はい いいえ		ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。	はい 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。	はい いいえ		①その際に具合が悪くなったことがありますか。	はい いいえ		②インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか。	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ヶ月以内に予防接種を受けましたか。	はい いいえ		予防接種名 ()	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。	はい いいえ		病名 ()	はい 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。	はい いいえ		最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったり病名 ()	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	
質問事項	回答欄	医師記入欄																																																																
今日のインフルエンザ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																																																																	
今日の予防接種の効果や副反応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。	はい いいえ																																																																	
病名 ()	はい いいえ																																																																	
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がありますか。 具合の悪い症状を書いてください。()	はい いいえ																																																																	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。	はい 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。	はい いいえ																																																																	
①その際に具合が悪くなったことがありますか。	はい いいえ																																																																	
②インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか。	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ヶ月以内に予防接種を受けましたか。	はい いいえ																																																																	
予防接種名 ()	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。	はい いいえ																																																																	
病名 ()	はい 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。	はい いいえ																																																																	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったり病名 ()	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																																																																	
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)																																																																		
医師記入 シールの貼り忘れにご注意ください。																																																																		
ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日																																																																
Lot No.	(皮下接種) 0.5mL	実施場所 医師名	令和 年 月 日																																																															
記入漏れにご注意ください。																																																																		
インフルエンザ予防接種希望書 (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 接種量は0.5mLです。 接種の効果や目的、重篤な副反応などの可能性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ついて同意します。																																																																		
令和 年 月 日 被接種者署名																																																																		
(※自署できないものは代筆者が署名し、代筆者氏名及び署名してあるか確認してください。 代筆者の場合は代筆者氏名、続柄も記入してください。 例) 阿久根 太郎 (代筆 阿久根花子:妻)																																																																		

令和7年度	新型コロナウイルス感染症 予防接種予診票	令和7年度以外の予診票は使用できません。																																																												
※65歳の誕生日から有効 (有効期間：～R8.3.31)																																																														
阿久根市																																																														
住所	阿久根市鶴見町 200 番地	生年月日 昭和 年 月 日																																																												
氏名	阿久根 太郎	男																																																												
昭和35年10月～12月の間に生まれた方は 次の文言を記載しています。 ・有効期間を印字しています。																																																														
予診票はボールペン書きです(鉛筆不可)																																																														
<table><thead><tr><th>質問事項</th><th>回答欄</th><th>医師記入欄</th></tr></thead><tbody><tr><td>今日の新型コロナウイルス感染症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。</td><td>はい いいえ</td><td></td></tr><tr><td>今日の予防接種の効果や副反応について理解しましたか。</td><td>はい いいえ</td><td></td></tr><tr><td>現在、何か病気にかかっていますか。</td><td>はい いいえ</td><td></td></tr><tr><td>病名 ()</td><td>はい いいえ</td><td></td></tr><tr><td>治療(投薬など)を受けていますか。</td><td>はい いいえ</td><td></td></tr><tr><td>その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。</td><td>はい いいえ</td><td></td></tr><tr><td>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。()</td><td>はい いいえ</td><td></td></tr><tr><td>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。</td><td>はい いいえ</td><td></td></tr><tr><td>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。</td><td>はい いいえ</td><td></td></tr><tr><td>①その際に具合が悪くなったことがありますか。</td><td>はい いいえ</td><td></td></tr><tr><td>②新型コロナウイルス感染症以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか。</td><td>はい いいえ</td><td></td></tr><tr><td>ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。</td><td>はい いいえ</td><td></td></tr><tr><td>1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。</td><td>はい いいえ</td><td></td></tr><tr><td>予防接種名 ()</td><td>はい いいえ</td><td></td></tr><tr><td>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。</td><td>はい いいえ</td><td></td></tr><tr><td>病名 ()</td><td>はい いいえ</td><td></td></tr><tr><td>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。</td><td>はい いいえ</td><td></td></tr><tr><td>最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったり病名 ()</td><td>はい いいえ</td><td></td></tr><tr><td>今日の予防接種について質問がありますか。</td><td>はい いいえ</td><td></td></tr></tbody></table>			質問事項	回答欄	医師記入欄	今日の新型コロナウイルス感染症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		今日の予防接種の効果や副反応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。	はい いいえ		病名 ()	はい いいえ		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よいと言われましたか。	はい 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。()	はい いいえ		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		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。	はい いいえ		①その際に具合が悪くなったことがありますか。	はい いいえ		②新型コロナウイルス感染症以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか。	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ヶ月以内に予防接種を受けましたか。	はい いいえ		予防接種名 ()	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。	はい いいえ		病名 ()	はい 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。	はい いいえ		最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったり病名 ()	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	
質問事項	回答欄	医師記入欄																																																												
今日の新型コロナウイルス感染症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																																																													
今日の予防接種の効果や副反応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。	はい いいえ																																																													
病名 ()	はい いいえ																																																													
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よいと言われましたか。	はい 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。()	はい いいえ																																																													
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																																																													
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。	はい いいえ																																																													
①その際に具合が悪くなったことがありますか。	はい いいえ																																																													
②新型コロナウイルス感染症以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか。	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ヶ月以内に予防接種を受けましたか。	はい いいえ																																																													
予防接種名 ()	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。	はい いいえ																																																													
病名 ()	はい 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。	はい いいえ																																																													
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったり病名 ()	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 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)																																																														
医師記入 シールの貼り忘れにご注意ください。																																																														
ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日																																																												
Lot No.	筋肉内接種	実施場所 医師名																																																												
(注) 就航期限がきれていないか確認	mL	令和 年 月 日																																																												
記入漏れにご注意ください。																																																														
新型コロナウイルス感染症予防接種希望書 (医師の診察結果、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、予防接種の効果や目的、重篤な副反応などの可能性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ついて同意します。																																																														
令和 年 月 日 被接種者署名																																																														
(※自署できないものは代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)																																																														