令和８年度
鹿児島市高齢者の予防接種　実施上の留意事項

- インフルエンザ及び新型コロナウイルス感染症の自己負担額は**生活保護受給者のみ免除**へ変更します。**市民税・県民税非課税世帯の方も自己負担額が生じます。**詳しくは２Ｐをご確認ください。
- 市民税・県民税非課税世帯の確認方法変更。詳細は４Ｐをご確認ください。(肺炎球菌及び帯状疱疹)
- 新型コロナワクチンの自己負担額変更。詳細は２Ｐをご確認ください。
- ~~高用量インフルエンザワクチンが 75 歳以上を対象に開始予定。詳細は１Ｐをご確認ください。~~
- 成人用肺炎球菌ワクチンの種類、委託料及び自己負担額変更。詳細は１Ｐをご確認ください。
- **予診の際は、予防接種の有効性・安全性・副反応並びに健康被害救済制度について説明を行い、同意を得た場合に限り接種を行ってください。**

目次

1　概要 ..... - 1 -
2　自己負担額 ..... - 2 -
3　実施手順 ..... - 2 -
（1）　対象者の確認 ..... - 2 -
（2）　自己負担の有無の確認 ..... - 3 -
生活保護受給者の確認書類 ..... - 3 -
①
・鹿児島市生活保護受給証（休日・夜間等診療依頼証） ..... - 3 -
・生活保護法医療券 ..... - 3 -
・生活保護受給証明書 ..... - 3 -
②自立支援医療受給者証 ..... - 4 -
市民税・県民税非課税世帯の確認書類（成人用肺炎球菌及び帯状疱疹） ..... - 4 -
①　後期高齢者医療資格確認書（後期高齢者医療制度の被保険者のみ） ..... - 4 -
②「市民税・県民税 非課税証明書【市保健事業用】」 ..... - 5 -
（3）予診票の記入、医師の予診・説明 ..... - 5 -
（4）　予診票へ署名等 ..... - 5 -
（5）　接種 ..... - 6 -
（6）　接種済証 ..... - 6 -
（7）　予診票の保管 ..... - 6 -
4　予防接種による間違い ..... - 6 -
5　副反応疑い報告 ..... - 7 -
6　予防接種健康被害救済制度 ..... - 7 -
7　令和８年度委託料単価（消費税相当額を含む） ..... - 8 -
8　委託料の請求及び支払い方法 ..... - 8 -
9　鹿児島県相互乗り入れ制度 ..... - 9 -
（参考）インフルエンザ・成人用肺炎球菌・新型コロナ及び帯状疱疹予診票チェック事項 ..... - 10 -

【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１１番１号
TEL（直通）：099-803-7023　FAX（代表）：099-803-7026

1　概要

注意 ⚠令和８年度より、例年９月頃に送付していた「Ｂ類疾病予防接種ガイドライン」は送付いたしません。４ 月頃に送付する「予防接種ガイドライン」をご覧ください。
従来の「Ｂ類疾病予防接種ガイドライン」が必要な場合は、予防接種リサーチセンターからご購入くださいますようお願い申し上げます。

（1） インフルエンザ　助成期間：令和８年 10 月１日 ～ 令和９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
標準量 インフルエンザ	① 接種時に **65 歳以上の人** ~~**（75 歳以上は高用量を選択可）**~~ 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辺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）	医療機関に送付予定（９月末頃）	１回	0.5 mℓ	皮下
~~高用量 インフルエンザ~~	~~① 接種時に **75 歳以上の人**~~ ~~**※標準量または高用量のいずれかを選択**~~			~~0.7 mℓ~~	~~筋肉~~
~~※高用量インフルエンザワクチンについてはワクチンが発売されていないことから、今後内容が変更となる場合があります。~~					

（2） 成人用肺炎球菌　助成期間： 令和８年４月１日 ～ 令和９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
20価 肺炎球菌 （プレベナー20）	**過去に肺炎球菌ワクチンの接種を受けたことがない**人で 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辺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	１回	0.5 mℓ	筋肉

※ 過去に肺炎球菌ワクチン（23 価、21 価、20 価、15 価、13 価、7 価）の接種をした市民は原則対象となりませんが予防接種を行う必要があると医療機関において医師が認めた場合は定期接種の対象となります。
※ **23 価ワクチンを接種した場合は、定期予防接種ではなく、全額自己負担の任意予防接種となります。**

（3） 新型コロナ　助成期間：令和８年 10 月１日 ～ 令和９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）標準量インフルエンザと同じ			―	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	0.3 mℓ	２℃～８℃･12 カ月	シリンジ	XFG
モデルナ		0.2 mℓ	-40℃～-15℃･12 カ月		
第一三共		0.6 mℓ	２℃～８℃･9 カ月	バイアル	NB.1.8.1
武田薬品工業	組換えタンパク質	0.5 mℓ	２℃～８℃･12 カ月		XFG
Meiji Seika ファルマ	sa-mRNA	0.5 mℓ	-20±5℃･12 カ月		NB.1.8.1

（4） 帯状疱疹　助成期間： 令和８年４月１日 ～ 令和９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
生ワクチン	①令和８年４月２日から令和９年４月１日までに 65 歳になる方 ②60 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る免疫の機能に障害を有する方 ③令和８年４月２日から令和９年４月１日までに 70 歳、75 歳、80 歳、85 歳、90 歳、95 歳、100 歳になる方 （令和 11 年度までの経過措置）	①、③は個別送付 ②は FAX で医療機関に送付	**１回**	0.5 mℓ	皮下
組み換えワクチン			**２回**		筋肉

※**接種回数は生ワクチンが１回接種、組み換えワクチンが２回接種となります。**
予診票は２回分送付します。生ワクチンを接種する方には２回目の予診票を破棄するようお伝えください。
※組み換えワクチンの接種スケジュールは通常、**２か月以上の間隔を置いて２回接種**となります。
病気や治療により、免疫の機能が低下したまたは低下する可能性がある方等は、医師が早期の接種が必要と判断した場合、接種間隔を１か月まで短縮できます。（27 日ではありません。）
短縮する場合は問診票の医師記入欄の余白に理由をご記入ください。
※生ワクチンは病気や治療によって、免疫が低下している方は接種不可です。
※**接種が既に完了している方は基本的には定期接種の対象にはなりませんが、**予防接種を行う必要があると医療機関において医師が認めた場合は定期接種の対象となります。

2　自己負担額

予防接種	自己負担額	助成期間	免除対象者
標準量インフルエンザ	１，５００円	令和８年 10 月　１日　～ 令和９年３月 31 日	**生活保護受給者のみ**
~~高用量インフルエンザ~~	~~３，０００円~~		
新型コロナ	６，０００円		
成人用肺炎球菌	３，５００円	令和８年　４月　１日　～ 令和９年３月 31 日	**生活保護受給者及び市民税・県民税非課税世帯の者**
帯状疱疹（生ワクチン）	３，０００円		
帯状疱疹（組み換えワクチン）	１１，７００円		

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。

令和８年度から、**インフルエンザ**及び**新型コロナウイルス感染症予防接種**については、市民税・県民税非課税世帯の方も**自己負担額が生じます**ので、医療機関で上記自己負担額を必ず徴収してください。（生活保護受給者のみ免除）
ただし、**成人用肺炎球菌**及び**帯状疱疹予防接種**については従来と同様に自己負担額を免除するため、「生活保護受給者」と「市民税・県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、３Ｐ～５Ｐの「（２）自己負担の有無の確認」参照）

3　実施手順

（1）　対象者の確認

全員	マイナンバーカード、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。** **(※）内部障害１級相当・・・以下のとおり、帯状疱疹とそれ以外で異なるので注意** 【インフルエンザ・成人用肺炎球菌・新型コロナ】 ・心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺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 ・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 【帯状疱疹】 ・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

（2） 自己負担の有無の確認

【インフル・コロナ】
〇生活保護受給者
【肺炎球菌・帯状疱疹】
〇生活保護受給者
〇市民税・県民税非課税世帯の者

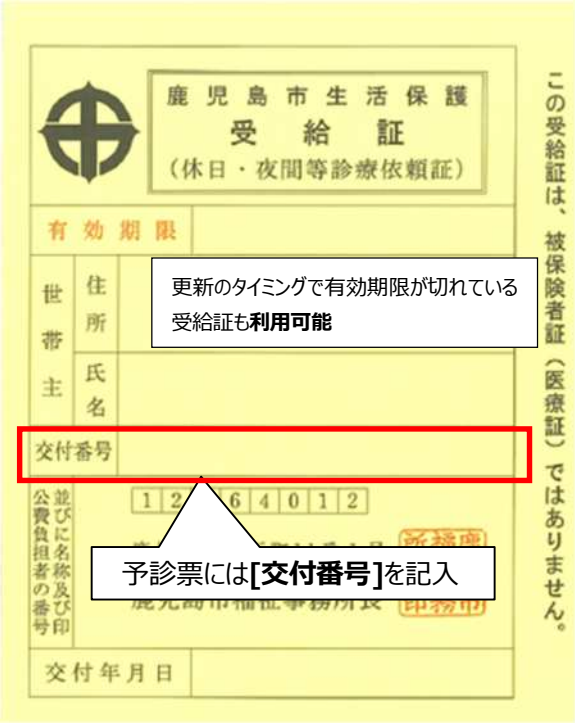
➡ 確認書類を提示してもらい、予診票の「自己負担」の欄 “なし” に〇を付け、確認書類の番号〇で囲み、[　　]に番号等を記入
※確認書類の写しや原本は付けずに、本人に返す

上記以外の者 ➡ 代金を徴収
予診票の「自己負担」の欄 “あり” に〇をつける

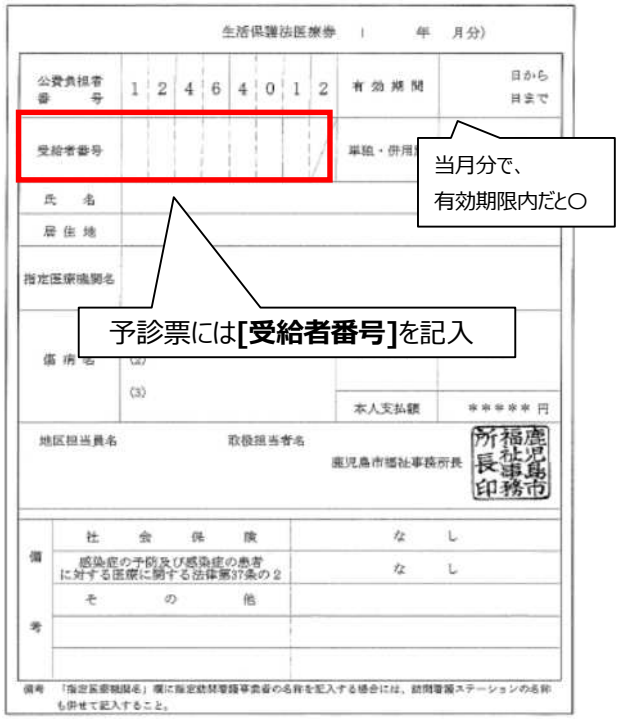
生活保護受給者の確認書類

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

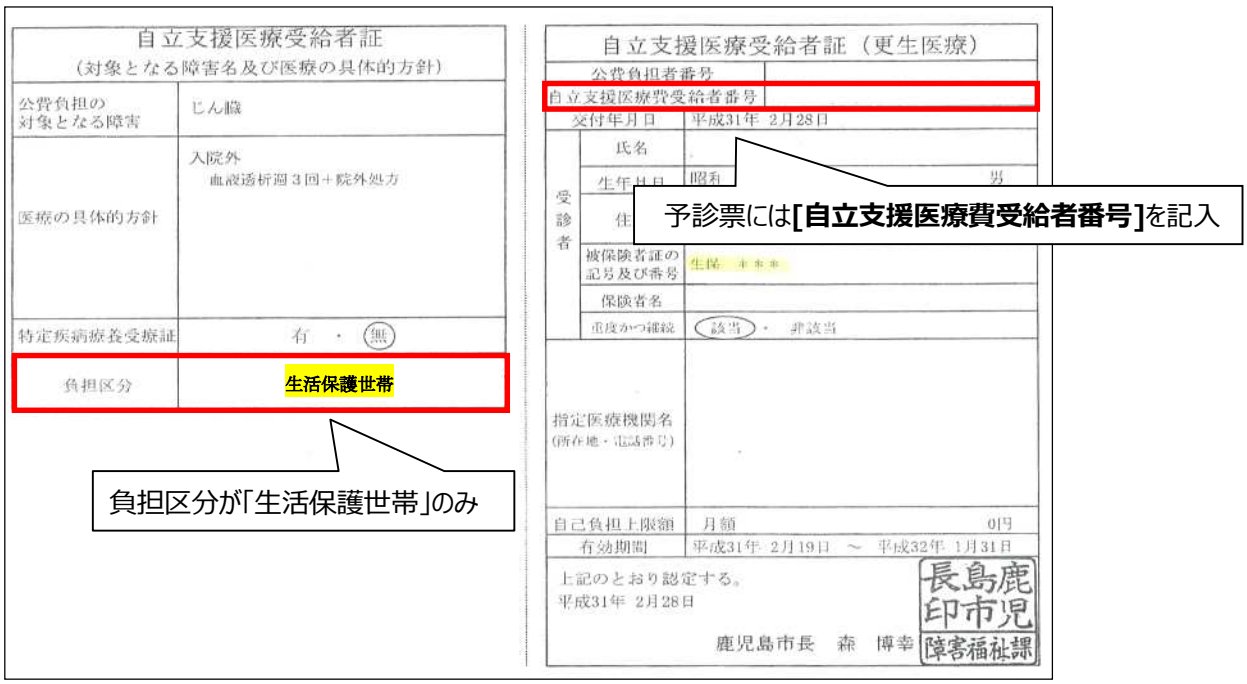
【生活保護受給証】



【生活保護法医療券】



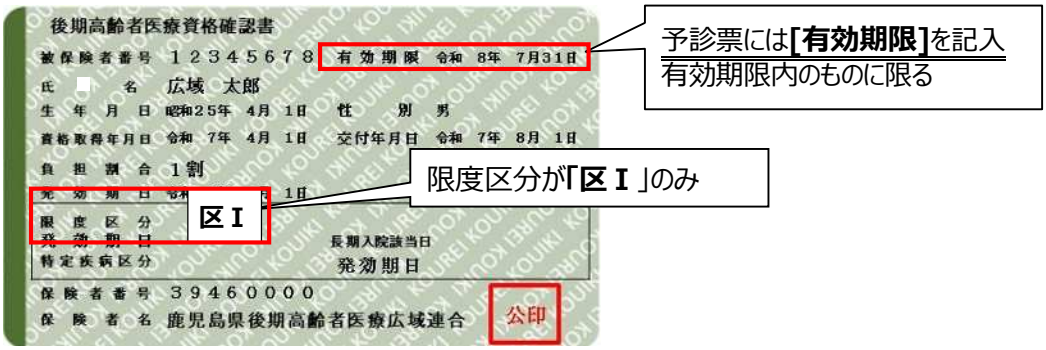
②自立支援医療受給者証



市民税・県民税非課税世帯の確認書類（成人用肺炎球菌及び帯状疱疹）

（**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 後期高齢者医療資格確認書（後期高齢者医療制度の被保険者のみ）



重要⚠ マイナンバーカードを利用した「オンライン資格確認」は予防接種では使用できません！

・７年度まで使用していた「オンライン資格確認」は今年度より予防接種の自己負担額判定のための利用はできません。紙の「後期高齢者医療資格確認書」または、後述の「市民税・県民税非課税世証明書【市保健事業用】」にてご確認ください。

重要⚠ 上記①で「区分Ⅱ」の場合

・後期高齢者医療資格確認書において、「区分Ⅱ」の方については前述の確認書類のみでは非課税世帯の確認書類とはなりません。しかし、非課税世帯である可能性はございますので別途「市民税・県民税 非課税証明書（市保健事業用）」での確認が必要となります。

※後期高齢者医療資格確認書で「区分Ⅱ」と表記されている方々の中には非課税世帯の方と未申告の方が含まれており、「区分Ⅱ」が全て非課税世帯の方ということではない旨を所管課より確認しております。したがって、それらの書類のみでは非課税世帯であるか確認することはできません。

注意⚠ 介護保険料納入通知書（決定通知）・（変更通知）は８年度から確認書類となりません。

② 「市民税・県民税 非課税証明書【市保健事業用】」

成人用肺炎球菌及び**帯状疱疹**の予防接種希望者は本庁資産税課、谷山税務課及び各支所市税窓口係にて手数料無料で発行できます。

重要⚠ 上記①で確認可能な方には②の証明書は案内しないでください。（原則 75 歳以上）

・証明書は本人又は本人と同世帯の方以外の方が申請する際は委任状が必要です。（親族であっても別世帯なら必要）

・証明書は、委任状の準備や窓口での受け取り等、接種希望者に大きな負担がかかります。案内をする前に再度①の書類で確認できないか、ご確認をお願いいたします。

・上記①で「区分Ⅱ」の方は証明書が必要です。

注意⚠ コンビニや市民サービスステーションなど窓口以外で取得したものは不可です！！

・予防接種用として、特別に本庁資産税課及び各支所市税窓口係で世帯全員の課税状況を確認し、非課税世帯に該当される方のみに発行している証明になります。コンビニ等で取得する非課税証明書は、証明書を取得した個人の課税、非課税しか分かりませんので、世帯非課税の証明とはなりません。

・本庁資産税課及び各支所税務課で取得した証明書には【市保健事業用】の記載があり、かつ市税証番号が８桁です。（コンビニ等は【市保健事業用】の記載がなく、市税証番号が５桁です）

・誤って、コンビニ等で発行した際の手数料については返金できません。

注意⚠ 夫婦など同一世帯だと推測される方の場合も、接種者本人の証明書が１枚ずつ必要です。

（3）予診票の記入、医師の予診・説明

① ２枚複写（鹿児島市提出用と医療機関控用）になっています。
被接種者に必要事項を記入してもらい、内容を確認してください。

【肺炎球菌及び帯状疱疹について】
予診票１枚目（鹿児島市提出用）右上の「予防接種シール貼付欄」に８桁の数字を記したシールが貼付してあるか確認してください。シールがない場合等は感染症対策課までご連絡ください。番号を伝えるので、記入をお願いします。定期接種対象者が予診票を紛失もしくは忘れた、または 60 歳以上 65 歳未満の対象者が接種に来た際には、感染症対策課にご連絡ください。予診票を FAX します。

② 予診は予診票を用いて行い、問診事項については十分に把握し、予診票の医師記入欄には追加問診によって知り得た必要事項を記入してください。また、被接種者の接種前診察（視診及び聴診）は全員に実施し、健康状態を調べ、接種の可否を決定してください。

③ **ワクチンの効果、副反応、健康被害救済制度等について被接種者に十分説明し、被接種者が理解し接種に同意していることを確認してください。**

（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）のいずれかに〇をしてもらい、署名させてください。自署ができない者に対しては、代筆者に被接種者名、代筆者氏名、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、新型コロナ及び帯状疱疹に罹患したり、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。

(1)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。

※予防接種による間違い発生報告書

本市ホームページ内のフリーワード検索で「間違い発生報告書」を検索いただくか、下記 URL から取得

https://www.city.kagoshima.lg.jp/kenkofukushi/hokenjo/hoyobo-kan/kenko/kenko/sesshu/documents/machigai_houkoku.pdf

(2) 令和７年度　本市におけるＢ類予防接種間違い発生状況（一部）

	間違いの内容	具体例	件数
1	不必要な接種	・今年度のインフルエンザワクチン接種済みの者に対し、再度同ワクチンを接種した。	１件
2	接種間隔の誤認	・帯状疱疹ワクチン（組み換え）の２回目を１回目から１か月未満の間隔で接種した。	４件

本報告は予防接種法に基づいた定期予防接種であるかを基準としており、医師の医学的判断を否定するものではありません。間違い接種は任意予防接種となるため、万が一被接種者に健康被害が生じた場合は予防接種健康被害救済制度ではなく独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済になるなど被接種者への影響が大きくなります。間違い接種が多発する場合は、予防接種業務の委託が困難になる可能性がありますのでご注意ください。

5　副反応疑い報告

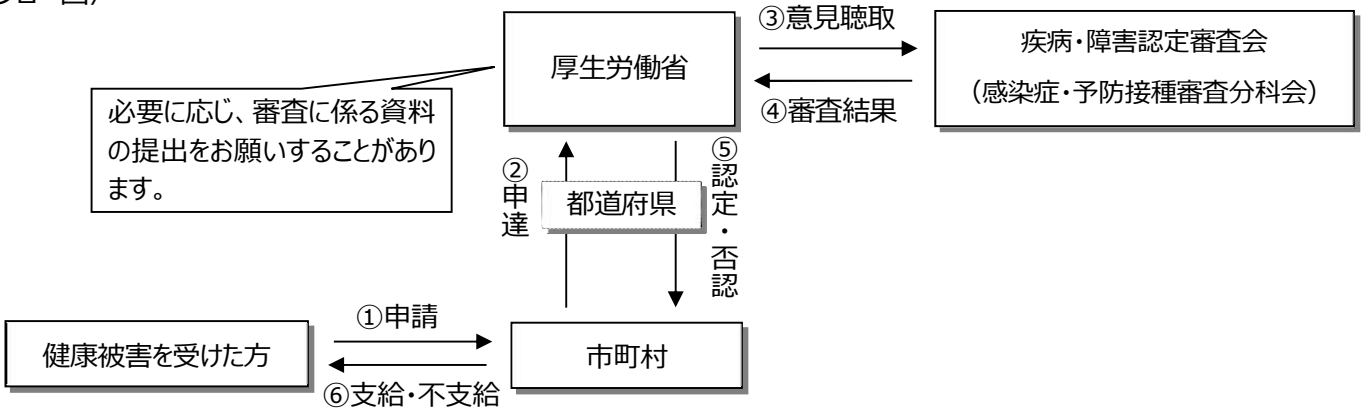
予防接種後に生じた副反応を診断した医師は、速やかに独立行政法人医薬品医療機器総合機構へ報告することが義務付けられています（本人の同意は不要です）。定期接種だけではなく、任意接種も同じ様式で報告できます。この報告は「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」の規定による報告としても取り扱うこととするため、改めて報告することは不要となります。詳細は別冊「予防接種後副反応疑い報告書」をご確認ください。

医薬品医療機器総合機構（PMDA）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、感染症対策課をご案内ください。

〈フロー図〉



7　令和８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
標準量インフルエンザ	３，７９１円	５，２９１円	３，２０１円 （予診のみ） ※診療を実施した場合は請求不可
~~高用量インフルエンザ~~	~~６，１４１円~~	~~９，１４１円~~	
新型コロナ	９，３００円	１５，３００円	
成人用肺炎球菌	８，０６１円	１１，５６１円	
帯状疱疹 （生ワクチン）	５，５９１円	８，５９１円	
帯状疱疹 （組み換えワクチン）	１０，０００円	２１，７００円	

※接種不可者とは、予防接種前の予診の結果、異常が認められ当日の予防接種が不適当と判断した者をいいます。

ただし、診療を行った場合には接種不可者の対象とならないのでご注意ください。

《接種不可対象となる例》

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のあるもの

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。

《接種不可対象とならない例》

① 診療を行った場合

② 接種後に強めの運動をする予定があるため、接種を見送った。

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８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（該当者がいた場合のみ）	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」、「帯状疱疹」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。

※県・市医師会に加盟していない医療機関については、本市と事前に委託契約を結ぶ必要があります。接種希望者がいる場合は感染症対策課へご相談ください。

（参考）インフルエンザ・成人用肺炎球菌・新型コロナ及び帯状疱疹予診票チェック事項

インフルエンザ予診票チェック事項

よくある間違い①
案内ハガキから接種者番号を記入していますか？
・案内ハガキを紛失等している場合は、感染症対策課へ番号を確認し、記入してください。

よくある間違い②
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）

2－1
（鹿児島市提出用）

令和８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

診察前の体温	36 度　5分	接種者番号（案内ハガキから丁寧にご記入ください）	0 1 2 3 4 5 6 7
住所	鹿児島市　山下町　丁目町　11　番番地　1　号　電話番号（ 090－1234－5678 ）		
（フリガナ）	サクラジマ　ハナ		
氏名	桜島　花	性別	男・女
生年月日	大正・昭和　36 年　5 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級相当の鹿児島市民

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	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（　　）	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も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	
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	
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	い	
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はありますか	はい	いいえ	
②インフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか	はい	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	はい	いいえ	
ことがありますか　（　　歳頃）	はい	いいえ	
	はい	いいえ	
りますか	はい	いいえ	

よくある間違い③
実施できるに〇がありますか？
署名または記名押印がありますか？

よくある間違い④
希望しますに〇がありますか？

予防接種は（実施できる・見合わせた方がよい）と判断する。
本人に対して、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。

医師署名又は記名押印　鹿児島　太郎

よくある間違い⑤
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。

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か。
（希望します・希望しません）　※かっこの中のどちらかを〇で囲んでください。
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。

〔※代筆者氏名　桜島　大〕
〔※代筆者続柄　長男〕

令和　8年11月　1日　被接種者　署名　桜島　花
（※自署ができない者は代筆者が「被接種者 署名」、「代筆者氏名」、「代筆者続柄」を記載）

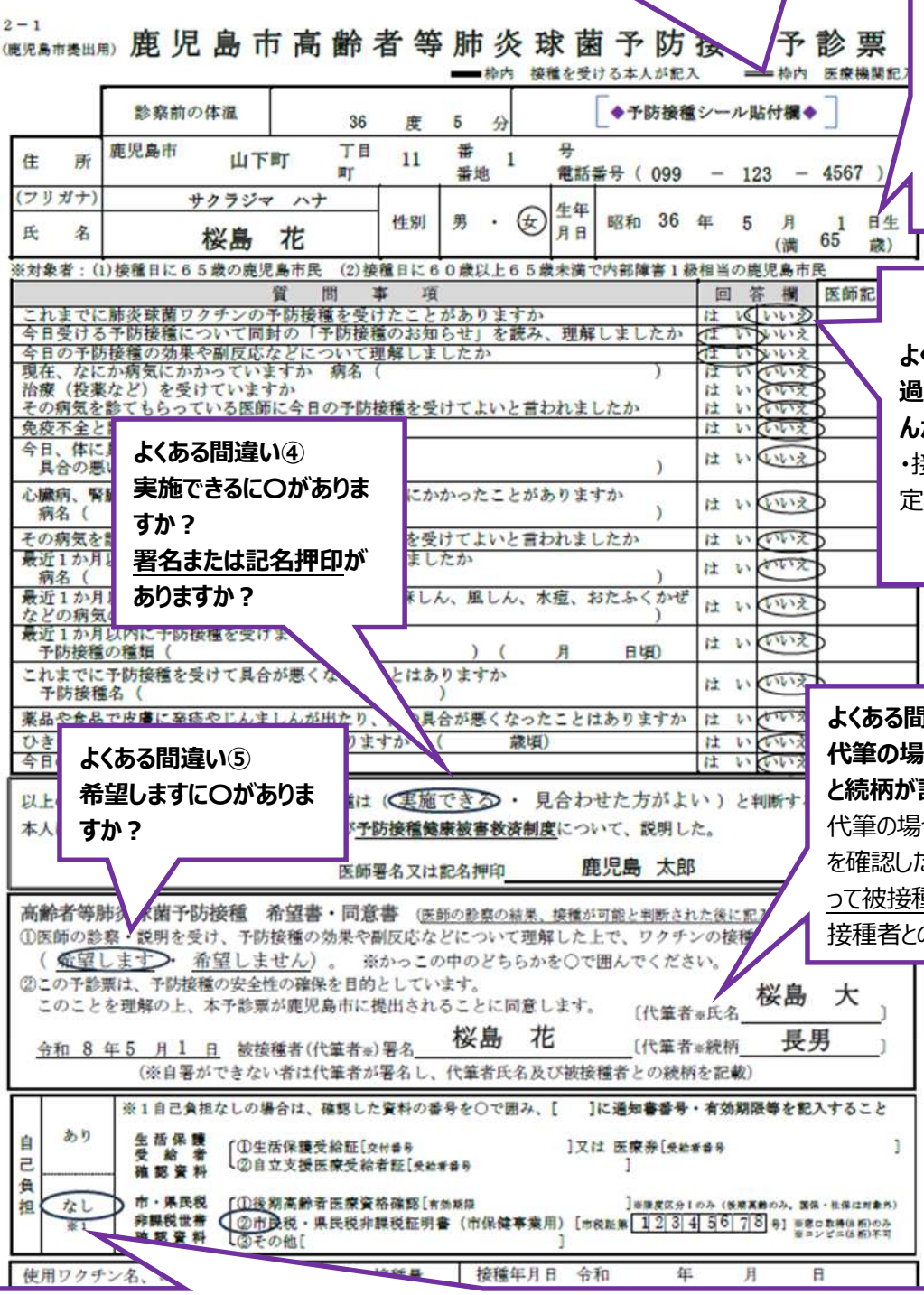
自己負担	あり	※1 自己負担なしの場合は、確認した資料の番号を〇で囲み、[　]に交付番号等を記入すること
	なし ※1	生活保護受給者確認資料 ①生活保護受給証［交付番号　1234567－123－123　］又は 医療券［受給者番号　　］ ②自立支援医療受給者証［受給者番号　　］
ワクチンメーカ	接種量	接種年月日　令和　年　月　日

よくある間違い⑥　自己負担あり or なし　どちらかに〇がありますか？
自己負担なし（生活保護受給者は無料）の場合は、本人が提示した確認資料の番号に〇をつけ、[　]に記載された各番号を記入**（確認書類の写しの添付は不要。確認後は本人へ返却）**

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）


2－1
（鹿児島市提出用）鹿児島市高齢者等肺炎球菌予防接　予診票
■枠内　接種を受ける本人が記入　■枠内　医療機関記入

診察前の体温	36 度 5 分	◆予防接種シール貼付欄◆			
住所	鹿児島市 山下町 丁目町 11 番番地 1 号	電話番号（099 － 123 － 4567）			
（フリガナ）	サクラジマ ハナ	性別	男・女	生年月日	昭和 36 年 5 月 1 日生（満 65 歳）
氏名	桜島 花				

※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

質問事項	回答欄	医師記
これまでに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 いいえ	
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 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、なにか病気にかかっていますか　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	
免疫不全と…	はい いいえ	
今日、体に… 具合の悪… ）	はい いいえ	
心臓病、腎… 病名（ …にかかったことがありますか ）	はい いいえ	
その病気を… …を受けてよいと言われましたか	はい いいえ	
最近１か月… 病名（ …ましたか ）	はい いいえ	
最近１か月… などの病気… …しん、風しん、水痘、おたふくかぜ ）	はい いいえ	
最近１か月以内に予防接種を受けま… 予防接種の種類（　）（　月　日頃）	はい いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くな… …とはありますか 予防接種名（　）	はい いいえ	
薬品や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、… 具合が悪くなったことはありますか	はい いいえ	
ひき… …りますか（　歳頃）	はい いいえ	
今日…	はい いいえ	

以上… …は（実施できる・見合わせた方がよい）と判断す…
本人… …が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 太郎

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…
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…
（希望します・希望しません）。　※かっ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※氏名　桜島 大〕
令和 8 年 5 月 1 日　被接種者（代筆者※）署名　桜島 花　〔代筆者※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		※１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
	生活保護受給者確認資料	①生活保護受給証[交付番号　]又は 医療券[受給者番号　] ②自立支援医療受給者証[受給者番号　]
なし ※1	市・県民税非課税世帯確認資料	①後期高齢者医療資格確認[有効期限　]※限度区分Ⅰのみ（後期高齢のみ。国保・社保は対象外） ②市民税・県民税非課税証明書（市保健事業用）[市税証第 1 2 3 4 5 6 7 8 号]※窓口取得(法桁)のみ ※コンビニ(法桁)不可 ③その他[　]

使用ワクチン名、… 接種年月日　令和　年　月　日

よくある間違い③
過去に接種歴はありませんか？
・接種歴がある人は原則定期接種対象外です。

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⑤
希望しますに○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。

よくある間違い⑦　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に○をつけ、[　]に記載された各番号を記入**（確認書類の写しの添付は不要。確認後は本人へ返却）**

（例）・後期高齢者医療資格確認書　→　有効期限　**※限度区分が区Ⅰか確認**
・市民税・県民税非課税証明書　→　市税証番号　※市保健事業用で市税証番号が８桁か確認

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。
・国が定期接種として定めた抗原株以外のワクチンを接種した場合は、定期接種の対象となりません。
・**２回目の接種は任意接種**となります。

よくある間違い①　案内ハガキから接種者番号を記入していますか？
・案内ハガキを紛失等している場合は、感染症対策課へ番号を確認し、記入してください。

よくある間違い②
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③
実施できるに〇がありますか？
署名または記名押印がありますか？

よくある間違い④
希望しますに〇がありますか？

よくある間違い⑤
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。

2－1
（鹿児島市提出用）

令和８年度 鹿児島市新型コロナウイルス感染症予防接種

― 枠内：接種を受ける本人が記入 ―　― 枠外：医療機関記入

診察前の体温	36 度　5分	接種者番号（案内ハガキから丁寧にご記入ください）	0 1 2 3 4 5 6 7

住　所	鹿児島市　山下町　丁目　11 番　1 号　町　番地　電話番号（ 090－1234－5678 ）				
（フリガナ） 氏　名	サクラジマ　ハナ 桜島　花	性別	男・女	生年月日	大正・昭和　36 年　5 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級相当の鹿児島市民

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	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（　）	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も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	
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	
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	
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 病名（　）	はい	
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	
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 ①その際に具合が悪くなったことはありますか 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	はい はい はい	
んましんが出たり、体の具合が悪くなったことは	はい　いいえ	
したことがありますか　（　歳頃）	はい　いいえ はい　いいえ	
がありますか	はい　いいえ	

以上の問診及び　　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。
本人に対して、　　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。

医師署名又は記名押印　鹿児島

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
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
（希望します・希望しません）　※かっこの中のどちらかを〇で囲んでください。
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。
〔※代筆者氏名　桜島　大〕
〔※代筆者続柄　長男〕
令和　8年11月　1日　被接種者　署名　桜島　花
（※自署ができない者は代筆者が「被接種者 署名」、「代筆者氏名」、「代筆者続柄」を記載）

自己負担		
	あり	※1 自己負担なしの場合は、確認した資料の番号を〇で囲み、[　]に交付番号等を記入すること
	なし ※1	生活保護受給者確認資料 ①生活保護受給証［交付番号　1234567－123－123］又は 医療券［受給者番号　］ ②自立支援医療受給者証［受給者番号　］

ワクチンメー	接種量	接種年月日　令和　年　月　日

よくある間違い⑥　自己負担あり or なし　どちらかに〇がありますか？
自己負担なし（生活保護受給者は無料）の場合は、本人が提示した確認資料の番号に〇をつけ、
[　]に記載された各番号を記入**（確認書類の写しの添付は不要。確認後は本人へ返却）**

帯状疱疹予診票チェック事項

【注意事項】
※**接種回数は生ワクチンが１回接種、組み換えワクチンが２回接種となります。**
※組み換えワクチンの接種スケジュールは通常、**２か月以上の間隔を置いて２回接種**となります。

よくある間違い①
回数は正しいですか？

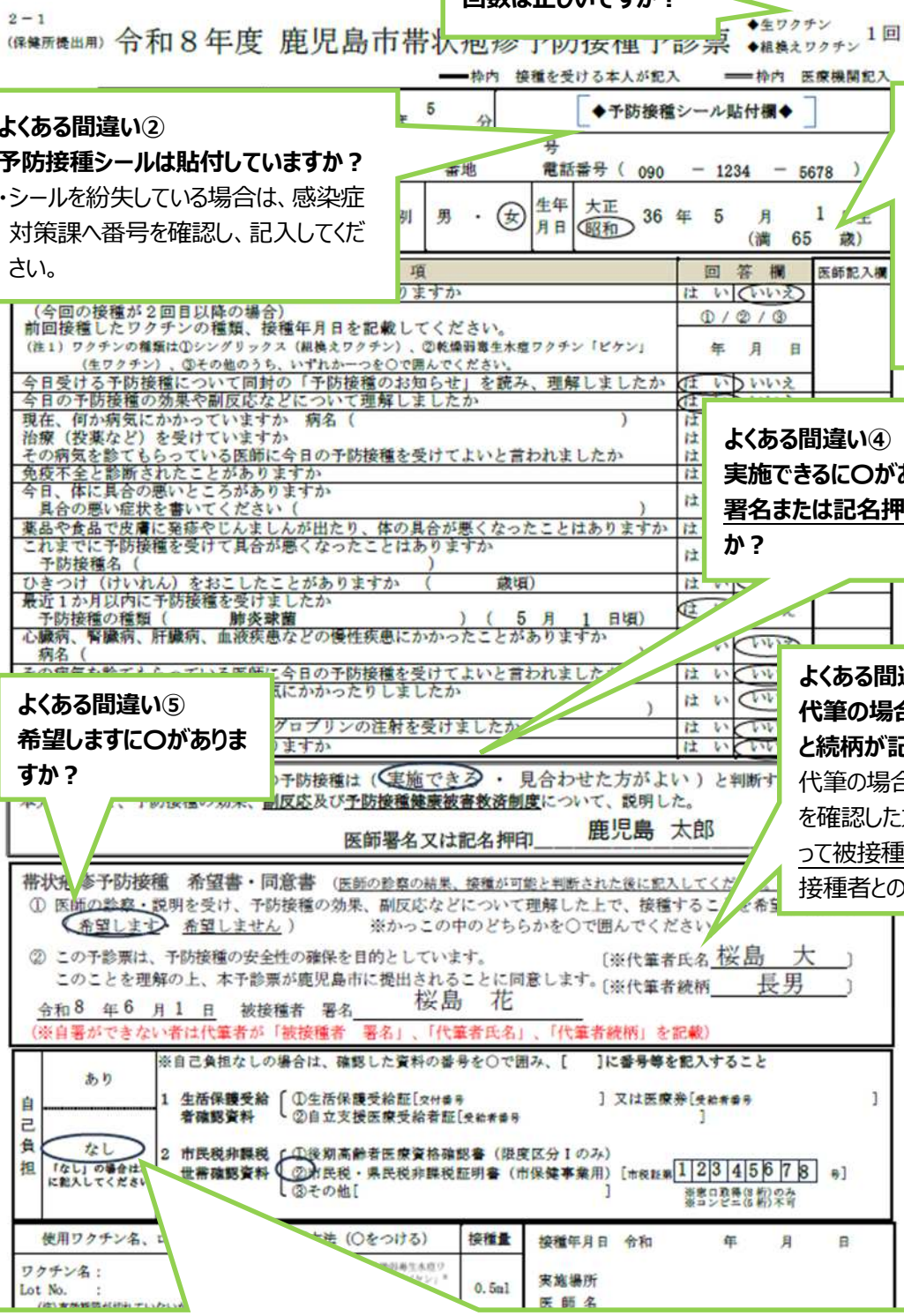
よくある間違い②
予防接種シールは貼付していますか？
・シールを紛失している場合は、感染症対策課へ番号を確認し、記入してください。

よくある間違い③
接種対象者ですか？
・60～64 歳で免疫機能障害１級相当の人は予診票を FAX で送付します。（手帳等のコピー添付要）

よくある間違い④
実施できるに〇がありますか？
署名または記名押印がありますか？

よくある間違い⑤
希望しますに〇がありますか？

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。



よくある間違い⑦　自己負担あり or なし　どちらかに〇がありますか？
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に〇をつけ、[　　]に記載された各番号を記入**（確認書類の写しの添付は不要。確認後は本人へ返却）**

（例）・後期高齢者医療資格確認書　→　有効期限　**※限度区分が区Ⅰか確認**
・市民税・県民税非課税証明書　→　市税証番号　※市保健事業用で市税証番号が８桁か確認