

8土健づ第230号
令和8年4月17日

带状疱疹定期予防接種実施
医療機関長 様

土佐市健康づくり課長
太田 美奈子
(公印省略)

令和8年度带状疱疹予防接種予診票の誤記載について（お詫び）

日頃から本市の予防接種事業にご協力いただき感謝申し上げます。

本年4月に当市から発送しました標記予診票の内容に一部誤りがありました。

すでに対象者の方から貴院にお問い合わせ等があり、混乱を招きましたことをお詫び申し上げます。

訂正箇所は以下のとおりです。

誤)【接種期限】令和8年3月31日まで ⇒ 正)【接種期限】令和9年3月31日まで

接種を受ける方の生年月日等で対象年齢であることが確認できた場合は、持参された予診票で接種をお願いします。

確認につきましては、別紙の①②の部分でのご確認をお願いいたします。

ご不明な点は、下記までお問合せをお願いいたします。

【連絡先】

土佐市健康づくり課子どもの健康係
(担当：横山・橋本・岡林)

TEL：852-1113 FAX：850-2433

e-mail：kenkou@city.tosa.lg.jp

①令和8年度対象者の方は令和8年度版と記載しています。

②令和8年度対象者の方の生年月日は下表のとおりです。

65歳	昭和36年4月2日～昭和37年4月1日
70歳	昭和31年4月2日～昭和32年4月1日
75歳	昭和26年4月2日～昭和27年4月1日
80歳	昭和21年4月2日～昭和22年4月1日
85歳	昭和16年4月2日～昭和17年4月1日
90歳	昭和11年4月2日～昭和12年4月1日
95歳	昭和6年4月2日～昭和7年4月1日
100歳	大正15年4月2日～昭和2年4月1日

〔公費負担法定接種用/令和8年度版〕

带状疱疹予防接種予診票 (兼予防接種台帳)

**宛名番号

※1 予診票は当日に記入してください。
 ※2 太枠内をペン又はボールペンではっきりとお書きください。(鉛筆書き不可)

住所	**住所	生年月日	**生年月日 (満 歳)
フリガナ	**フリガナ		
氏名	**氏名	性別	**性別
		電話番号	

【接種期限】 令和8年3月31日 まで

質問事項	回答欄	医師記入欄
① 带状疱疹の予防接種を受けたことはありますか。	はい いいえ	
② (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。	① / ② / ③ 年 月 日	
乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」(生ワクチン)、③その他の3		
説明書を読みましたか。	はい いいえ	
理解しましたか。	はい いいえ	
接種していますか。	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良いといわれましたか。	はい いいえ	
③ 免疫不全と診断されたことがありますか。	はい いいえ	
④ 今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい いいえ	
具体的な症状()		
⑤ 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	
⑥ 今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。	はい いいえ	
予防接種の種類()		
⑦ 今までにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。(いつ頃 歳頃)	はい いいえ	
⑧ 1か月以内に予防接種を受けましたか。	はい いいえ	
予防接種の種類() ・ 接種日 年 月 日		
⑨ 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()		
【はいの場合】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良いといわれましたか。	はい いいえ	
⑩ 最近1か月以内に熱が出たり、何か病気にかかりましたか。	はい いいえ	
病名()		

誤) 令和8年3月31日 まで

↓

正) 令和9年3月31日 まで