

宮医発第 272 号
令和 7 年 9 月 25 日

会員医療機関 御中

公益社団法人 宮崎県医師会
会 長 河 野 雅 行
(公印省略)

令和 7 年度広域の高齢者等へのインフルエンザ及び新型コロナウイルス
感染症定期予防接種における諸連絡について（通知）

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、広域の高齢者等への定期予防接種について、本年度も県内全市町村と契約を締結し実施したいと思っております。対象者への予防接種が円滑に実施されますようご協力をお願いいたします。

なお、関係書類は郵送いたしませんので、お手数をおかけいたしますが、下記県医師会ホームページよりダウンロードをお願いいたします。

記

1 宮崎県医師会ホームページ

「令和 7 年度広域の高齢者等のインフルエンザ及び新型コロナウイルス感染症定期予防接種 様式」

<https://www.miyazaki.med.or.jp/doctors/r7influcorona>

宮崎県医師会トップページ > 医師の皆さまへ > 様式・掲示物ダウンロード >

令和 7 年度広域の高齢者等のインフルエンザ及び新型コロナウイルス感染症定期予防接種 様式

2 ホームページ掲載書類について

- 1) 文書一式
- 2) 予診票 (Excel)
- 3) 説明書及び接種済証明書 (Word)
- 4) 請求書 (Excel)

[連絡先] 宮崎県医師会 地域医療課 渡邊、野尻
〒880-0023 宮崎市和知川原 1-101
Tel 0985-22-5118 FAX 0985-27-6550
E-mail : watanabe-staff@miyazaki.med.or.jp

令和7年度広域の高齢者等へのインフルエンザ及び新型コロナウイルス感染症定期予防接種 概要

1 広域予防接種

県医師会会員が開設し、または管理する医療機関において、当該医療機関に属する医師により、個別接種で実施するものとする。

現在、各市町村で行われている実施体制（郡市医師会単位による準広域化を含む）については存続し、その上で宮崎県内に住民票のある者で、かかりつけ医が居住地以外の市町村にいる場合、あるいはやむを得ない事情により接種機会を逃した者が居住地以外の市町村の医療機関において予防接種（個別接種に限る）を希望する場合に行うこととする。

(1) 広域の例

- ①日南市の住民が宮崎市の医療機関で接種を希望→県医師会へ請求
- ②小林市の住民が都城市の医療機関で接種を希望→県医師会へ請求

(2) 準広域の例

- ①国富町の住民が宮崎市の医療機関で接種を希望→宮崎市郡医師会へ請求
- ②三股町の住民が都城市の医療機関で接種を希望→都城市北諸県郡医師会へ請求

2 対象者

住民票がある市町村以外において予防接種を希望する者。ただし、郡市医師会単位による準広域化の対象者を除く。

(1) 65歳以上の者

- (2) 60歳以上65歳未満であって、心臓、腎臓または呼吸器の機能に自己の身の日常生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の生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者。

3 実施期間

別表の当該市町村の実施期間中

※市町村により期間が異なりますのでご注意ください。

4 委託料（県医師会への請求額）

それぞれ別表の当該市町村の委託料の欄

※接種料金は県内全市町村統一で、自己負担額を含めインフルエンザが4,621円、新型コロナウイルス感染症が15,406円ですが、市町村により被接種者の自己負担額が異なるため委託料が異なります。

5 被接種者自己負担額

それぞれ別表の当該市町村の提示額（被接種者自己負担額の欄）

6 説明書・予診票

説明書及び予診票をコピーのうえ使用いただくか、行政配付のものに「広域用」と書き込み使用いただいても結構です。

7 委託料の請求及び支払い

所定の請求書（市町村ごと）に予診票を添え、ひと月分をまとめて翌月 7 日までに県医師会経理課に提出してください。

県医師会は、翌々月末までに医療機関の指定口座に振り込みます。

8 その他注意事項

- (1) 「請求書」は県下統一様式です。右上に市町村名を記入の上、市町村ごとにご請求ください。また、請求金額の内訳も必ずご記入ください。
- (2) 生活保護受給者については、予診票に生活保護受給者番号を必ず記入してください。
- (3) 60～64 歳の方は、必ず証明書（身体障害者手帳の写し等）を添付してください。
- (4) 年齢計算違いや生年月日等の記入漏れが多数あります。必ずご確認をお願いします。
- (5) 期日を過ぎた請求については、お支払いできない場合があります。

9 請求先

〒880-0023 宮崎市和知川原 1 丁目 101

公益社団法人宮崎県医師会 経理課 予防接種担当 宛

TEL 0985-22-5118 FAX 0985-27-6550

(別表)

令和7年度(広域)インフルエンザ・新型コロナウイルス予防接種委託料一覧

(単位:円)

	市町村名	種別	R7 委託料(総額)	被接種者 自己負担額		委 託 料(県医師会への請求額)			実 施 期 間	担 当 課	電 話 番 号
				一般	生活保護	一 般	生活保護	予診のみ			
1	宮崎市	インフル	4,621	1,500	0	3,121	4,621	2,459	令和7年10月1日～令和8年3月31日	健康支援課	0985-29-5286
		コロナ	15,406	4,500	0	10,906	15,406	2,528	令和7年10月1日～令和8年3月31日		
2	都城市	インフル	4,621	1,400	0	3,221	4,621	2,459	令和7年10月1日～令和8年2月28日	健康課	0986-23-2765
		コロナ	15,406	4,500	0	10,906	15,406	2,528	令和7年10月1日～令和8年2月28日		
3	延岡市	インフル	4,621	1,500	0	3,121	4,621	2,459	令和7年10月1日～令和8年2月28日	地域医療政策課	0982-22-7066
		コロナ	15,406	4,500	0	10,906	15,406	2,528	令和7年10月1日～令和8年2月28日		
4	日南市	インフル	4,621	1,400	0	3,221	4,621	2,459	令和7年10月1日～令和8年1月31日	健康増進課	0987-31-1129
		コロナ	15,406	4,500	0	10,906	15,406	2,528	令和7年10月1日～令和8年2月28日		
5	小林市	インフル	4,621	1,500	0	3,121	4,621	2,459	令和7年10月1日～令和7年12月31日	健康推進課	0984-23-0323
		コロナ	15,406	4,500	0	10,906	15,406	2,528	令和7年10月1日～令和7年12月31日		
6	日向市	インフル	4,621	1,500	0	3,121	4,621	2,459	令和7年10月1日～令和8年1月31日	健康増進課	0982-66-1024
		コロナ	15,406	4,500	0	10,906	15,406	2,528	令和7年10月1日～令和8年3月31日		
7	串間市	インフル	4,621	1,400	0	3,221	4,621	2,459	令和7年10月1日～令和8年1月31日	医療介護課	0987-72-0333
		コロナ	15,406	4,500	0	10,906	15,406	2,528	令和7年10月1日～令和8年2月28日		
8	西都市	インフル	4,621	1,200	0	3,421	4,621	2,459	令和7年10月1日～令和8年1月31日	健康ほけん課	0983-43-1146
		コロナ	15,406	4,500	0	10,906	15,406	2,528	令和7年10月1日～令和8年2月28日		
9	えびの市	インフル	4,621	1,500	0	3,121	4,621	2,459	令和7年10月1日～令和7年12月31日	健康保険課	0984-35-1116
		コロナ	15,406	4,500	0	10,906	15,406	2,528	令和7年10月1日～令和7年12月31日		
10	三股町	インフル	4,621	1,400	0	3,221	4,621	2,459	令和7年10月1日～令和8年2月28日	町民保健課	0986-52-8481
		コロナ	15,406	4,500	0	10,906	15,406	2,528	令和7年10月1日～令和8年2月28日		
11	高原町	インフル	4,621	1,500	0	3,121	4,621	2,459	令和7年10月1日～令和7年12月31日	健康課	0984-42-4820
		コロナ	15,406	4,500	0	10,906	15,406	2,528	令和7年10月1日～令和7年12月31日		
12	国富町	インフル	4,621	1,500	0	3,121	4,621	2,459	令和7年10月1日～令和8年3月31日	保健介護課	0985-75-3553
		コロナ	15,406	4,500	0	10,906	15,406	2,528	令和7年10月1日～令和8年3月31日		
13	綾町	インフル	4,621	1,500	0	3,121	4,621	2,459	令和7年10月1日～令和8年3月31日	福祉保健課	0985-77-0195
		コロナ	15,406	4,500	0	10,906	15,406	2,528	令和7年10月1日～令和8年3月31日		

	市町村名	種別	R7 委託料(総額)	被接種者 自己負担額		委 託 料(県医師会への請求額)			実 施 期 間	担 当 課	電 話 番 号
				一般	生活保護	一 般	生活保護	予診のみ			
14	高鍋町	インフル	4,621	1,000	0	3,621	4,621	2,459	令和7年10月1日～令和8年1月31日	健康保険課	0983-23-2323
		コロナ	15,406	2,500	0	12,906	15,406	2,528	令和7年10月1日～令和8年3月31日		
15	新富町	インフル	4,621	1,000	0	3,621	4,621	2,459	令和7年10月1日～令和8年1月31日	いきいき健康課	0983-33-6059
		コロナ	15,406	2,500	0	12,906	15,406	2,528	令和7年10月1日～令和8年3月31日		
16	西米良村	インフル	4,621	1,000	0	3,621	4,621	2,459	令和7年10月1日～令和8年1月31日	福祉健康課	0983-36-1114
		コロナ	15,406	2,000	0	13,406	15,406	2,528	令和7年10月1日～令和8年1月31日		
17	木城町	インフル	4,621	0	0	4,621	4,621	2,459	令和7年10月1日～令和8年1月31日	福祉保健課	0983-32-4010
		コロナ	15,406	0	0	15,406	15,406	2,528	令和7年10月1日～令和8年3月31日		
18	川南町	インフル	4,621	1,000	0	3,621	4,621	2,459	令和7年10月1日～令和8年1月31日	町民健康課 (保健センター)	0983-32-0861
		コロナ	15,406	2,500	0	12,906	15,406	2,528	令和7年10月1日～令和8年3月31日		
19	都農町	インフル	4,621	1,000	0	3,621	4,621	2,459	令和7年10月1日～令和8年1月31日	健康管理センター	0983-25-1008
		コロナ	15,406	2,000	0	13,406	15,406	2,528	令和7年10月1日～令和8年3月31日		
20	門川町	インフル	4,621	1,500	0	3,121	4,621	2,459	令和7年10月1日～令和8年1月31日	町民健康課	0982-63-1140
		コロナ	15,406	4,500	0	10,906	15,406	2,528	令和7年10月1日～令和8年2月28日		
21	諸塚村	インフル	4,621	1,200	0	3,421	4,621	2,459	令和7年10月1日～令和8年2月28日	住民生活課	0982-65-1119
		コロナ	15,406	3,000	0	12,406	15,406	2,528	令和7年10月1日～令和8年2月28日		
22	椎葉村	インフル	4,621	1,000	0	3,621	4,621	2,459	令和7年10月1日～令和8年1月31日	福祉保健課	0982-68-7510
		コロナ	15,406	3,000	0	12,406	15,406	2,528	令和7年10月1日～令和8年2月28日		
23	美郷町	インフル	4,621	1,200	0	3,421	4,621	2,459	令和7年10月1日～令和8年2月28日	健康福祉課	0982-66-3610
		コロナ	15,406	3,000	0	12,406	15,406	2,528	令和7年10月1日～令和8年2月28日		
24	高千穂町	インフル	4,621	2,000	0	2,621	4,621	2,459	令和7年10月1日～令和8年3月31日	保健福祉総合センター	0982-73-1717
		コロナ	15,406	4,000	0	11,406	15,406	2,528	令和7年10月1日～令和8年3月31日		
25	日之影町	インフル	4,621	1,500	0	3,121	4,621	2,459	令和7年10月1日～令和8年2月28日	保健センター	0982-73-7521
		コロナ	15,406	4,500	0	10,906	15,406	2,528	令和7年10月1日～令和8年2月28日		
26	五ヶ瀬町	インフル	4,621	2,521	0	2,100	4,621	2,459	令和7年10月1日～令和8年1月31日	町民課	0982-82-1704
		コロナ	15,406	3,606	0	11,800	15,406	2,528	令和7年10月1日～令和8年3月31日		

圏域外(広域)の高齢者等インフルエンザ予防接種について (説明書及びインフルエンザ予防接種済証明書)

現在、インフルエンザ予防接種による副反応はあまりみられませんが、少しでもこれを防ぐためには、予防接種を実施するにあたって、受けられる人の健康状態をよく把握する必要があります。そのため、予診票は接種する医師への大切な情報です。**ワクチン接種を受ける人が責任を持って出来るだけ詳しく御記入ください。**

【接種対象者】

法律で決められたインフルエンザの予防接種の対象者は、接種日に以下の条件にあてはまり、**本人が接種を希望する者**

- 1 65歳以上の者
- 2 60歳以上65歳未満であって、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

【予防接種を受けることができない人】

- 1 予防接種当日、明らかな発熱を呈している者(37.5℃以上)
- 2 重篤な急性疾患にかかっている者
- 3 インフルエンザワクチンの接種液の成分によって、アナフィラキシーを呈したことがあることが明らかな者
- 4 インフルエンザの定期接種で、接種後2日以内に発熱及び全身性のアレルギーを疑う症状を呈したことがある者
- 5 その他、予防接種を行うことが不適当な状態にある者

【予防接種を受けるに際し、医師とよく相談する必要がある人】

- 1 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患等の基礎疾患を有することが明らかな者
- 2 インフルエンザ以外の予防接種で接種後2日以内に発熱のみられた者及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある者
- 3 過去にけいれんの既往のある者
- 4 過去に免疫不全の診断がされている者及び近親者に先天性免疫不全症の者がいる者
- 5 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患を有する者
- 6 インフルエンザワクチンの成分又は鶏卵、鶏肉その他の鶏由来のものに対して、アレルギーを呈するおそれのある者

【予防接種を受けた後の注意事項】

- 1 予防接種を受けた後30分間程度は、医師(医療機関)とすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。
急な副反応(ショックやじんましん、呼吸困難等)が、この間に起こることがあります。その他の反応としてワクチンを接種した部位の発赤・腫れ・痛み等を起こすことがあり、また、発熱や頭痛、寒気、体のだるさ等もみられることもあります。2～3日で消失します。
極めてまれに脳炎や神経障害等の重い副反応が生じた場合、厚生労働大臣が予防接種法に基づく定期の予防接種によるものと認定したときは、予防接種法に基づく健康被害救済の給付の対象となります。
- 2 接種部位は清潔に保ちましょう。入浴は差し支えありませんが、接種部位を強くこすことはやめましょう。
- 3 接種当日は、いつもどおりの生活をしてかまいませんが、激しい運動は避けましょう。
- 4 接種後、接種部位の異常な反応や体調の変化があった場合は、速やかに医師の診察を受けましょう。

圏域外(広域)の高齢者等インフルエンザ予防接種済証明書

インフルエンザ予防接種を下記のとおり実施したことを証します。

被 接 種 者	氏 名 :			
	生年月日 :	年	月	日生
接 種 年 月 日	年	月	日	
製 薬 会 社 名				
ワクチン Lot No.				
接 種 量	0.5ml			
実施医療機関名				

※県内の各医療機関様へお願い
します。
圏域外(広域)の高齢者等のイン
フルエンザ予防接種を受けられ
た方には、左記の予防接種済証明
書の交付をお願いします。

※高齢者等インフルエンザ予防接種の対象者のみにご使用ください。

圏域外（広域）の高齢者等インフルエンザ予防接種予診票

診察前の体温	度分	対象者区分	1. 65歳以上 2. 60～64歳	生活保護 ケース番号	
住 所 (住民登録地)	〒			電話	
(フリガナ)		男 ・ 女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 (歳)	
氏 名					
質 問 事 項				回答欄	医師記入欄
今日のインフルエンザの予防接種についての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 () ・治療（投薬など）を受けていますか。 ・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。				いいえ はい いいえ はい はい いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。				いいえ はい	
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 ()				いいえ はい	
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。				いいえ はい	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。				いいえ はい	
①その際に具合が悪くなったことはありますか。				いいえ はい	
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はありますか。				いいえ はい	
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。				いいえ はい	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。				いいえ はい	
●予防接種の種類（種類：)				いいえ はい	
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。				いいえ はい	
●病名 () ・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	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。				いいえ はい	
●病名 ()				いいえ はい	
今日の予防接種について質問がありますか。				いいえ はい	
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（可能・見合わせる）〔見合わせた理由： 〕					
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ました。					
医師の署名または記名押印〔 〕					
ワクチンロット番号		実施場所・医師名・接種年月日			
メーカー名		実施場所：			
Lot No.		医師名：			
注）有効期限が切れていないか確認		接種年月日： 令和 年 月 日			
接種量 0.5mL					

◎ 太枠内を黒ボールペンではっきりとお書きください。

高齢者等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、接種を希望しますか。	
(希望します ・ 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。	
被接種者署名〔 〕	
代筆者署名〔 続柄（ ） 〕	

（※自署できない場合、代筆者が署名し代筆者氏名および被接種者との続柄を記載）

圏域外(広域)の高齢者等新型コロナウイルス感染症予防接種について (説明書及び新型コロナウイルス感染症予防接種済証明書)

本ワクチン接種は、予防接種法に基づく定期予防接種(B類)として行われます。予防接種を実施するにあたって、受けられる人の健康状態をよく把握する必要があります。そのため、予診票は接種する医師への大切な情報です。ワクチン接種を受ける人が責任を持って出来るだけ詳しく御記入ください。

【接種対象者】

接種日に宮崎県内に住民登録のある人で、次のいずれかに該当し、本人が接種を希望する人

- 1 接種日時時点で65歳以上の人
- 2 接種日時時点で60歳以上65歳未満であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身の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

【予防接種の効果】

本予防接種は、新型コロナウイルス感染症の重症化予防を目的として接種します。また、本ワクチンの接種を受けても、発症等を完全に予防できるわけではありません。ワクチン接種にかかわらず、引き続き、適切な感染防止策を行う必要があります。

【予防接種を受けることができない人】

下記にあてはまる方は本ワクチンを接種できません。該当すると思われる場合、必ず接種前の診察時に医師へ伝えてください。

- 1 明らかに発熱している人※1
- 2 重い急性疾患にかかっている人
- 3 本ワクチンの成分に対し重度の過敏症(※2)の既往歴のある人
- 4 上記以外で、予防接種を受けることが不適当な状態にある人

※1 明らかな発熱とは通常37.5℃以上を指します。ただし、37.5℃を下回る場合も平時の体温に鑑みて発熱と判断される場合はこの限りではありません。

※2 アナフィラキシーや、全身性の皮膚・粘膜症状、喘鳴、呼吸困難、頻脈、血圧低下等、アナフィラキシーを疑わせる複数の症状。前回までの接種でこれらの症状が認められた人は、同一の成分を含むワクチンを用いた追加接種を受けることはできません。

【予防接種を受けるに際し、医師とよく相談する必要がある人】

下記にあてはまる方は本ワクチンの接種について、注意が必要です。該当すると思われる場合は、必ず接種前の診察時に医師へ伝えてください。

- 1 抗凝固療法を受けている人、血小板減少症または凝固障害のある人
- 2 過去に免疫不全の診断を受けた人、近親者に先天性免疫不全症の方がいる人
- 3 心臓、腎臓、肝臓、血液疾患や発育障害などの基礎疾患のある人
- 4 過去に予防接種を受けて、接種後2日以内に発熱や全身性の発疹などのアレルギーが疑われる症状がでた人
- 5 過去にけいれんを起こしたことがある人
- 6 本ワクチンの成分に対して、アレルギーが起こるおそれがある人

過去に、薬剤で過敏症やアレルギーを起こしたことのある人は、接種前の診察時に必ず医師へ伝えてください。

(うらへ続く)

圏域外(広域)の高齢者等新型コロナウイルス感染症予防接種済証明書(定期)

新型コロナウイルス感染症予防接種を下記のとおり実施したことを証します。

被接種者	氏名:		
	生年月日:	年	月 日生
接種年月日	年	月	日
製薬会社名			
ワクチン Lot No.			
接種量	ml		
実施医療機関名			

※県内の各医療機関様へ
圏域外(広域)の高齢者等の
新型コロナウイルス感染症
予防接種を受けられた方
には、左記の予防接種済証明
書の交付をお願いします。

【 予防接種を受けた後の注意事項 】

- 1 本ワクチンの接種を受けた後、15 分以上（過去にアナフィラキシーを含む重いアレルギー症状を起こしたことがある方や、気分が悪くなったり、失神等を起こしたりしたことがある方は 30 分以上）、接種を受けた施設でお待ちいただき、体調に異常を感じた場合には、速やかに医師へ連絡してください。（急に起こる副反応に対応できます。）
- 2 注射した部分は清潔に保つようにし、接種当日の入浴は問題ありませんが、注射した部分はこすらないようにしてください。また、接種後に体調が悪い時は無理をせず、入浴は控える等、様子を見るようにしてください。
- 3 通常の生活は問題ありませんが、当日の激しい運動や過度の飲酒等は控えてください。

【 副反応について 】

- 1 主な副反応は、注射した部分の痛み、頭痛、関節や筋肉の痛み、疲労、寒気、発熱等があります。また、稀に起こる重大な副反応として、ショックやアナフィラキシーがあります。なお、本ワクチンは、新しい種類のワクチンのため、これまでに明らかになっていない症状が出る可能性があります。接種後に気になる症状を認めた場合は、接種医あるいはかかりつけ医に相談してください。
- 2 ごく稀ではあるものの、ワクチン接種後に心筋炎や心膜炎を疑う事例が報告されています。接種後数日以内に胸の痛みや動悸、息切れ、むくみ等の症状が現れたら、速やかに医療機関を受診してください。
- 3 ごく稀ではあるものの、ワクチン接種後にギラン・バレー症候群が報告されています。接種後、手足の力が入りにくい、しびれ等の症状が現れたら、速やかに医療機関を受診してください。

【 予防接種健康被害救済制度について 】

予防接種では健康被害（病気になったり障害が残ったりすること）が起こることがあります。極めて稀ではあるものの、なくすことができないことから、救済制度が設けられています。

新型コロナワクチンの予防接種によって健康被害が生じた場合にも、予防接種法に基づく救済（医療費・障害年金等の給付）が受けられます。申請に必要な手続きなどについては、住民票がある市町村にご相談ください。

※高齢者等新型コロナウイルス感染症定期予防接種の対象者のみにご使用ください。

圏域外（広域）の高齢者等新型コロナウイルス感染症予防接種予診票

診察前の体温	度分	対象者区分	1. 65歳以上 2. 60～64歳	生活保護 ケース番号		
住 所 (住民登録地)	〒			電話		
(フリガナ)		男	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和	日生 (歳)	
氏 名		女		年 月 (		
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。					いいえ	はい
●病名 ()						
・ 治療（投薬など）を受けていますか。						
・ 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。					いいえ	はい
今日、体に具合の悪いところがありますか。					はい	いいえ
●具合の悪い症状を書いてください ()					いいえ	はい
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。					いいえ	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。					いいえ	はい
①その際に具合が悪くなったことはありますか。					いいえ	はい
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はあります					いいえ	はい
か。						
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。					いいえ	はい
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。					いいえ	はい
●予防接種の種類（種類：)					いいえ	はい
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。					いいえ	はい
●病名 ()					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。						
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。					いいえ	はい
●病名 ()					いいえ	はい
今日の予防接種について質問がありますか。					いいえ	はい

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（ 可能 ・ 見合わせる）〔見合わせた理由： 〕
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ました。
医師の署名または記名押印（ 〕

ワクチンロット番号	実施場所・医師名・接種年月日
メーカー名	実施場所：
Lot No.	
注）有効期限が切れていないか確認	医師名：
接種量	接種年月日： 令和 年 月 日
筋肉内接種 mL	

（注）有効期限が切れていないか確認

高齢者等新型コロナウイルス感染症予防接種希望書（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、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。
(希望します ・ 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。
被接種者署名〔 〕
代筆者署名〔 続柄（ ）〕

（※自署できない場合、代筆者が署名し代筆者氏名および被接種者との続柄を記載）

（ ）太枠内を黒ボールペンではつきりとお書きください。

広域インフルエンザ・
新型コロナウイルス感染症

市町村名

令和7年度用

請 求 書

※翌月7日までに提出

令和 年 月分の広域の高齢者等インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症
予防接種委託料として請求します。

記

金 額	拾	万	千	百	拾	円

【 内 訳 】

インフルエンザ

一般（被接種者）	円 ×	名
生活保護（被接種者）	円 ×	名
予診のみ	円 ×	名

新型コロナウイルス感染症

一般（被接種者）	円 ×	名
生活保護（被接種者）	円 ×	名
予診のみ	円 ×	名
令和 年 月 日		

宮崎県医師会長 河野 雅行 様

住 所

名 称

代表者

印

振 込 口 座	金融機関名	銀行	支店
	預金種類	普 通	当 座
	口座番号		
	フリガナ		
	口座名義		

※ 口座名義はフリガナを含めて正確にご記入ください。

※ 予診票を添えて、ひと月分をまとめて翌月7日までに県医師会経理課まで提出してください。また、請求書は市町村ごとにご提出ください。

※ 送金通知は省略させていただきますので、請求金額等をお控えください。