

带状疱疹予防接種予診票(再)交付受付チェック票

令和 年 月 日

つくば市長 宛て

以下のとおり、予防接種予診票の交付について申請します。

申請理由		☐ 郵送前 ☐ 交付希望 ☐ 転入 ☐ 紛失 ☐ その他()			
確認事項 ※ご確認の上、□に✓をご記入ください。		☐ 接種日時点で、つくば市に住民登録がある方が対象です。 ☐ 協力医療機関以外で接種する場合は、別途事前申請が必要です。 接種歴についての確認事項です。接種したことがある場合は、接種記録等が必要です。 今までに带状疱疹ワクチンの接種を受けたことがありますか (いいえ ・ はい) →はいの場合 ワクチン種別 (不活化ワクチン ・ 生ワクチン) →回数 (1回 ・ 2回)			
		該当箇所☑	令和7 年度末年齢	生年月日	
		☐	60歳以上65歳未満 ※裏面ガイドライン対象者	昭和40年4月2日生 ~ 昭和35年4月1日生	
		☐	65歳	昭和35年4月2日生 ~ 昭和36年4月1日生	
		☐	70歳	昭和30年4月2日生 ~ 昭和31年4月1日生	
		☐	75歳	昭和25年4月2日生 ~ 昭和26年4月1日生	
		☐	80歳	昭和20年4月2日生 ~ 昭和21年4月1日生	
		☐	85歳	昭和15年4月2日生 ~ 昭和16年4月1日生	
		☐	90歳	昭和10年4月2日生 ~ 昭和11年4月1日生	
		☐	95歳	昭和 5年4月2日生 ~ 昭和 6年4月1日生	
		☐	100歳	大正14年4月2日生 ~ 大正15年4月1日生	
		☐	101歳以上	大正14年4月1日以前生まれ	
		被接種者	フリガナ		
氏名					
住所	〒				
生年月日	年		月	日	年齢 歳 か月
電話番号					
接種予定日	☐ 有 (年 月 日 頃) ☐ 未定				

申請者	☐ 以下すべて、被接種者と同じ(本人からの申請)			
	フリガナ		被接種者 との続柄	配偶者・子 施設職員・成年後見人 その他()
	氏名			
	住所	〒 ※被接種者と同じ場合は省略可		
	電話番号	※被接種者と同じ場合は省略可	メール アドレス	※省略可

郵送希望先住所 ※被接種者住所以外への送付は基本電子申請受付 ※郵送の場合は、「予診票が届くまで2週間程度かかります」とご案内ください。	☐ 被接種者住所 ☐ 申請者住所 ☐ その他 [〒
---	---

■事務処理欄■

受付	受付者	確認者	接種履歴の確認	被接種者宛名番号	発送日	発送者
庁・桜・谷・大 郵送・電子			☐ システム ☐ その他			

高齢者带状疱疹 定期接種対象者 年度別生年月日表

実施期間(定期接種の時期)	年齢	各年度の対象者生年月日
令和7 年(2025)年度 2025年4月1日～2026年3月31日	65	昭和35年4月2日生 ～ 昭和36年4月1日生
	70	昭和30年4月2日生 ～ 昭和31年4月1日生
	75	昭和25年4月2日生 ～ 昭和26年4月1日生
	80	昭和20年4月2日生 ～ 昭和21年4月1日生
	85	昭和15年4月2日生 ～ 昭和16年4月1日生
	90	昭和10年4月2日生 ～ 昭和11年4月1日生
	95	昭和 5年4月2日生 ～ 昭和 6年4月1日生
	100	大正14年4月2日生 ～ 大正15年4月1日生
	100歳以上	大正14年4月1日以前生まれ
令和8 年(2026)年度 2026年4月1日～2027年3月31日	65	昭和36年4月2日生 ～ 昭和37年4月1日生
	70	昭和31年4月2日生 ～ 昭和32年4月1日生
	75	昭和26年4月2日生 ～ 昭和27年4月1日生
	80	昭和21年4月2日生 ～ 昭和22年4月1日生
	85	昭和16年4月2日生 ～ 昭和17年4月1日生
	90	昭和11年4月2日生 ～ 昭和12年4月1日生
	95	昭和 6年4月2日生 ～ 昭和 7年4月1日生
	100	大正15年4月1日生 ～ 昭和 2年4月1日生
令和9 年(2027)年度 2027年4月1日～2028年3月31日	65	昭和37年4月2日生 ～ 昭和38年4月1日生
	70	昭和32年4月2日生 ～ 昭和33年4月1日生
	75	昭和27年4月2日生 ～ 昭和28年4月1日生
	80	昭和22年4月2日生 ～ 昭和23年4月1日生
	85	昭和17年4月2日生 ～ 昭和18年4月1日生
	90	昭和12年4月2日生 ～ 昭和13年4月1日生
	95	昭和 7年4月2日生 ～ 昭和 8年4月1日生
	100	昭和 2年4月2日生 ～ 昭和 3年4月1日生
令和10 年(2028)年度 2028年4月1日～2029年3月31日	65	昭和38年4月2日生 ～ 昭和39年4月1日生
	70	昭和33年4月2日生 ～ 昭和34年4月1日生
	75	昭和28年4月2日生 ～ 昭和29年4月1日生
	80	昭和23年4月2日生 ～ 昭和24年4月1日生
	85	昭和18年4月2日生 ～ 昭和19年4月1日生
	90	昭和13年4月2日生 ～ 昭和14年4月1日生
	95	昭和 8年4月2日生 ～ 昭和 9年4月1日生
	100	昭和 3年4月2日生 ～ 昭和 4年4月1日生
令和11 年(2029)年度 2029年4月1日～2030年3月31日	65	昭和39年4月2日生 ～ 昭和40年4月1日生
	70	昭和34年4月2日生 ～ 昭和35年4月1日生
	75	昭和29年4月2日生 ～ 昭和30年4月1日生
	80	昭和24年4月2日生 ～ 昭和25年4月1日生
	85	昭和19年4月2日生 ～ 昭和20年4月1日生
	90	昭和14年4月2日生 ～ 昭和15年4月1日生
	95	昭和 9年4月2日生 ～ 昭和10年4月1日生
	100	昭和 4年4月2日生 ～ 昭和 5年4月1日生

○各年度、接種日に60歳以上65歳未満の方で、ヒト免疫不全ウイルス(HIV)による免疫の機能の障害を有する者として厚生労働省令で定める者についても対象となります。

ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害

ヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するものをいう。

(1)CD4陽性Tリンパ球数が200/ μ l以下で、次の項目①～⑫のうち6項目以上が認められるもの

- ①白血球について3000/ μ l未満の状態が4週以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く
- ②Hb量について男性12g/dl未満、女性11g/dl未満の状態が4週以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く
- ③血小板について10万/ μ l未満の状態が4週以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く
- ④ヒト免疫不全ウイルス-RNA量について5000コピー/ml以上の状態が4週以上の間隔をおいた検査において連続して2回以上続く
- ⑤1日1時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労が月に7日以上ある
- ⑥健常時に比し10%以上の体重減少がある
- ⑦月に7日以上 of 不定の発熱(38℃以上)が2ヵ月以上続く
- ⑧1日に3回以上の泥状ないし水様下痢が月に7日以上ある
- ⑨1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある
- ⑩口腔内カンジタ症(頻回に繰り返すもの)、赤痢アメーバ症、带状疱疹、単純ヘルペスウイルス感染症(頻回に繰り返すもの)、糞線虫症および伝染性軟属腫等の日和見感染症の既往がある
- ⑪生鮮食料品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である
- ⑫軽作業を越える作業の回避が必要である

(2)回復不能なエイズ合併症のため助なくしては日常生活がほとんど不可能な状態のもの