

65歳以上の方(※)の帯状疱疹予防接種について

(※60歳から64歳で一定の障がい有する方(下記対象者に挙げる方)を含む。)

帯状疱疹予防接種を受ける前に必ずお読みください

対象者	次の①②のどちらかに該当する方のうち、 過去に、任意接種を含め、帯状疱疹ワクチンを、生ワクチン(ビケン)は一度も、組換えワクチン(シングリックス)は一度を超えて、接種したことがない方(※) が対象です。※医師が必要と認めた場合を除きます。 ①鳥取市民で、令和8年度内に満年齢が、65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳及び100歳になる方(令和7年度末の年齢が64歳、69歳、74歳、79歳、84歳、89歳、94歳及び99歳の方) ②鳥取市民で、令和8年度中の満年齢が60歳以上64歳以下になる方のうち、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障がい有する者として厚生労働省令で定める方(この障がいについて身体障害者手帳1級を有し、またはその障がいの程度が1級と同程度と証明できる方)		
接種期間	令和8年4月1日～令和9年3月31日(医療機関の休診日を除く。)		
接種回数	1回(生ワクチン(ビケン)) 2回(組換えワクチン(シングリックス))		
接種場所	鳥取県東部地区・中部地区の実施医療機関(要予約) ※かかりつけ医またはご希望の医療機関にお問い合わせください。		
自己負担額		生ワクチン(ビケン)	組換えワクチン(シングリックス)
	市民税課税者と同一世帯員の方(本人が市民税課税者である場合を含む。)	2,300円	(1回あたり)6,300円
	世帯員全員が市民税非課税である方	800円	(1回あたり)2,100円
	鳥取市の認定する生活保護世帯に属する方及び中国残留邦人の方	無料	無料
	※世帯員全員が市民税非課税の方で接種券に記載の自己負担額が2,300円又は6,300円になっている方は、 申請により自己負担額を減額することができます。詳細は保健所保健医療課にお問合せください。		
医療機関に持参する物	鳥取市が発行する接種券付き予診票、自己負担金		

注意事項

- 1 予防接種法に基づく帯状疱疹の予防接種は義務ではなく、希望される方に行うものです。この説明書をよくお読みいただき、予防接種の効果や副反応の可能性などをご理解のうえ、**本人が接種を希望される場合にお受けください。**気にかかることや分からないことがあれば、予防接種を受ける前に担当の医師や看護師、お問い合わせ先にお尋ねください。十分に納得できない場合には、接種を受けないでください。
- 2 **上記期間以外は、任意接種(市の助成の対象となりません。)**となりますので、ご注意ください。
- 3 ワクチンには発症を予防する効果があります。ワクチンを接種することによって発症を100%防ぐことはできませんが、かかった場合でも重症化を防ぐ効果が期待されています。

帯状疱疹とは

帯状疱疹は、神経の流れに沿って体の片側の一部にかゆみ、ピリピリした痛みといった症状が出た後に、赤い水ぶくれ(水疱)が現れる病気です。この病気は、過去にかかった水ぼうそう(水痘)のウイルス(水痘・帯状疱疹ウイルス)が原因で起こります。水ぼうそうが治った後もこのウイルスが体内に潜伏しており、加齢や疲労などで免疫が低下したときに活性化することによって発症します。成人のほとんどの方がこのウイルスに感染していると考えられており、帯状疱疹を発症するリスクがあります。患者は、50歳代から増え始め、80歳までに約3人に1人が帯状疱疹を発症するといわれており、70歳代で発症する方が最も多くなっています。なかには、発疹が治った後も痛みが残ることがあります。3カ月以上続くものを帯状疱疹後神経痛(PHN)といいます。症状は人によってさまざまですが、日常生活に支障が出るほど強い痛みが出る場合や、数年にわたって症状が続くこともあります。50歳以上で帯状疱疹を発症した方の約20%がPHNになるという報告もあります。そのほかにもさまざまな合併症があり、目や耳に障害がでたり、まれに髄膜炎、脳炎など生命に関わるような合併症を生じることがあります。また、視力低下や顔面神経麻痺などの後遺症が残る可能性があります。

予防接種を受けることができない人

- 1 明らかに発熱(体温が37.5℃以上)のある人
- 2 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかなる人
- 3 それぞれの予防接種の成分によって、アナフィラキシーショックを起こしたことが明らかな人
- 4 その他、医師が不適当な状態と判断した場合

予防接種を受ける際に、担当医師とよく相談しなくてはならない人

- 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人
- 2 過去にけいれんの既往のある人
- 3 過去に免疫不全の診断がされている人及び近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
- 4 妊娠の可能性のある人
- 5 接種しようとする接種液の成分に対してアレルギーを呈するおそれのある人
- 6 今までに予防接種を受けたとき、2日以内に発熱、発疹(ほっしん)、じんましんなどアレルギーを疑う異常が見られた人

ワクチンについて

ワクチンには発症を予防する効果があります。ワクチンを接種することによって発症を100%防ぐことはできませんが、かかった場合でも重症化を防ぐ効果が期待されています。ワクチンは2種類あります。接種回数や費用、注意点などが異なるため、以下の表を参考ください。

ワクチンの種類	生ワクチン (乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン®」)	組換えワクチン (乾燥組換え帯状疱疹ワクチン「シングリックス® 筋注用」)	
接種回数・方法	1回(皮下注射)	2回(筋肉内注射)	
効果	接種後1年時点	6割程度の予防効果	9割以上の予防効果
	接種後5年時点	4割程度の予防効果	9割程度の予防効果
	接種後10年時点	—	7割程度の予防効果
	PHNに対する効果 (接種後3年時点)	6割程度	9割以上
主な副反応	70%以上	—	接種部位の疼痛
	30%以上	接種部位の発赤	接種部位の発赤、筋肉痛、疲労
	10%以上	接種部位のそう痒感・熱感・腫脹・疼痛・硬結	頭痛、接種部位の腫脹、悪寒、発熱、胃腸症状
	1%以上	発疹、倦怠感	接種部位のそう痒感、倦怠感、その他の疼痛
接種ができない方	病気や治療によって、免疫が低下している方	—	
接種する場合の注意事項	輸血やガンマグロブリンの注射を受けた方は、治療後3か月以上、大量ガンマグロブリン療法を受けた方は治療後6か月以上置いて接種してください。 他の生ワクチンを接種される場合、このワクチンを接種してから27日以上あけて接種してください。	2回接種が必要です。 標準的な接種期間は、1回目の接種から2か月後に2回目を接種します。2か月を超えた場合は、6か月後までに接種してください。 標準的な接種期間の例 1回目の接種が7月10日の場合 2回目の接種は9月10日から可能、1月10日までに接種 ※接種券付き予診票を使用する(定期接種として接種する)場合、 2回目を令和9年3月31日(令和8年度末)までに接種する必要があります。同日後に接種する場合、定期接種の対象外(任意接種)となり、全額自己負担 となります。 次の方は、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。 ・疾病又は治療により免疫不全である者 ・免疫機能が低下した者又は免疫機能が低下する可能性がある者 ・筋肉内に接種をするため、血小板減少症や凝固障害を有する方、抗凝固療法を実施されている方は、注意が必要です。	

その他

- 1 実施時期は鳥取市が定めて実施し、通知は住民基本台帳に基づいて行います。
- 2 ワクチンの接種後30分程度は安静にし、当日の激しい運動は控えるようにしてください。また、注射した部分は清潔に保つようにしてください。なお、接種当日の入浴は、問題ありません。
- 3 接種医の説明を十分聞いた上で本人が接種を希望しない場合、家族やかかりつけ医の協力を得ても本人の意思の確認ができなかったために接種をしなかった場合、当日の身体状況等により接種をしなかった場合等においては、その後、帯状疱疹に罹患、あるいは患したことによる重症化、死亡が発生しても、担当した医師にその責任を求めることはできません。
- 4 予防接種の後、まれに副反応が起こることがあります。また、予防接種と同時に、他の病気がたまたま重なって現れることがあります。
予防接種を受けた後、接種した部位が痛みや熱をもってひどく腫れたり、全身のじんましん、繰り返す嘔吐、顔色の悪さ、低血圧、高熱などが現れたら、必ず医師(医療機関)の診療を受けてください。
- 5 極めてまれに、定期的予防接種を受けたことにより病気や障がい、死亡など健康被害が起こることがあります。厚生労働大臣が予防接種法に基づく予防接種によるものと認定した場合は、予防接種健康被害救済給付の対象となります。

お問い合わせ先

- 鳥取市保健所保健医療課 予防接種推進係
鳥取市富安二丁目138-4(駅南庁舎1階⑩窓口) 電話 0857-30-8640
- 各総合支所市民福祉課

令和8年度（組換え（1回目）・生用）

带状疱疹予防接種の接種券付き予診票

請求先

住民票に記載されている住所

フリガナ **トヤス ジロウ**

氏名 **富安 二郎** **フリガナを記入**

電話番号 **日中連絡のとれる電話番号を記入**

生年月日(西暦) ××××年××月××日生(満 **6** **5** 歳) 男・ 女 診察前の体温 **3** **6** 度 **7** 分

記入例

赤い枠で囲んでいる部分を黒のボールペンであらかじめ記入して接種場所にお持ちください。

質問事項	回答欄	医師記入欄
带状疱疹の予防接種を受けたことがありますか。 ※受けたことがある人は、医師が必要と認めたときを除き、この予防接種を受けられません。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	はいの場合、必要があるときを除き、定期予防接種（組換え（1回目）・生）の対象外です。 <input type="checkbox"/> 接種が必要
接種したことがある場合、次のいずれのワクチンを、いつ受けましたか。 乾燥組換え带状疱疹ワクチン「シングリックス筋注用」（組換えワクチン） 乾燥弱毒生水痘ワクチン「ピケン」（生ワクチン） その他	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	はいの場合、組換え（1回目）を除き、定期予防接種（組換え（2回目））の対象外です。
今日の予防接種について説明書を読みましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在、何らかの病気にかかって、治療（投薬など）を受けていますか。 病名： <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい病気 <input type="checkbox"/> 免疫不全 <input checked="" type="checkbox"/> その他（ 高血圧 ）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
治療内容：（ その病気の主治医には、	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
免疫不全と診断されたこと	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。症状（	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
ひきつけ（けいれん）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
これまでに予防接種の種類（	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか。種類（	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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（	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリン（血液製剤の一種）の注射を受けたこと	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

带状疱疹予防接種希望書 (接種を希望します ・ 接種を希望しません)

医師の診察・説明を受け、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。

この予診票は、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。

※記入例) 10月1日→10月01日
同意日 **2** **0** **2** **6** 年 **0** **4** 月 **3** **0** 日

どのワクチンを希望しますか。
 組換えワクチン（シングリックス） 生ワクチン（ピケン）

被接種者自署 **富安 二郎**
※代筆の場合も記入

代筆者署名 **富安 花子** 続 **妻**

診察所目

同意した日付（接種する日以前）を記入

医師記入欄

接種する本人が署名する場合は、代筆者署名は記入しない。
本人が署名できないときは、代筆者が被接種者氏名と代筆者の氏名・続柄を記入

接種年月日 **2** **0** **2** 年 **0** 月 **0** 日

接種方法・部位・量
組換え（筋注）・生（皮下）
0.5ml

医師名

令和8年度（組換え（2回目）用）

带状疱疹予防接種の接種券付き予診票

請求先

住民票に記載されている住所

フリガナ **トヤス ジロウ**

氏名 **富安 二郎** **フリガナを記入**

電話番号 **日中連絡のとれる電話番号を記入**

生年月日(西暦) ××××年××月××日生(満 **6** **5** 歳) 男・ 女 診察前の体温 **3** **6** 度 **7** 分

記入例

赤い枠で囲んでいる部分を黒のボールペンであらかじめ記入して接種場所にお持ちください。

質問事項	回答欄	医師記入欄
带状疱疹ワクチンを接種したことがありますか。 ※組換え（1回目）を除き、接種したことがある人は、定期予防接種（組換え（2回目））を受けられません。また、組換え（1回目）の接種2月後でなければ、組換え（2回目）は、接種できません。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	はいの場合、組換え（1回目）を除き、定期予防接種（組換え（2回目））の対象外です。
接種したことがある場合、次のいずれのワクチンを接種しましたか。 乾燥組換え带状疱疹ワクチン「シングリックス筋注用」（組換えワクチン） 乾燥弱毒生水痘ワクチン「ピケン」（生ワクチン） その他	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	はいの場合、組換え（1回目）を除き、定期予防接種（組換え（2回目））の対象外です。
今日の予防接種について説明書を読みましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在、何らかの病気にかかって、治療（投薬など）を受けていますか。 病名： <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい病気 <input type="checkbox"/> 免疫不全 <input checked="" type="checkbox"/> その他（ 高血圧 ）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
治療内容：（ その病気の主治医には、	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
免疫不全と診断されたこと	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。症状（	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
ひきつけ（けいれん）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
これまでに予防接種の種類（	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか。種類（	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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（	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリン（血液製剤の一種）の注射を受けたこと	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

带状疱疹予防接種希望書 (接種を希望します ・ 接種を希望しません)

医師の診察・説明を受け、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。

この予診票は、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。

※記入例) 10月1日→10月01日
同意日 **2** **0** **2** **6** 年 **0** **7** 月 **0** **2** 日

組換え（1回目）は、いつ、どこで受けましたか。
2026年 5月 1日 実施場所 幸町病院

被接種者自署 **富安 二郎**
※代筆の場合も記入

代筆者署名 **富安 花子** 続 **妻**

診察所目

同意した日付（接種する日以前）を記入

医師記入欄

接種する本人が署名する場合は、代筆者署名は記入しない。
本人が署名できないときは、代筆者が被接種者氏名と代筆者の氏名・続柄を記入

接種年月日 **2** **0** **2** 年 **0** 月 **0** 日

接種方法・部位・量
組換え（筋注）・生（皮下）
0.5ml

医師名