

## 仕 様 書

- 1 件 名 令和8年度インフルエンザ及び新型コロナワクチン接種に係る印刷等業務包括委託
- 2 契約期間 契約締結の日から令和8年9月18日まで
- 3 印刷件数 次のとおりとする。
  - (1) インフルエンザ及び新型コロナワクチン定期接種
    - ア 封筒 58,000部
    - イ 接種券付予診票及び宛名用紙兼接種済証台紙 インフルエンザ及び新型コロナワクチンについて、それぞれ58,000部
    - ウ 予防接種事業実施協力医療機関名簿 58,000部
    - エ 案内文書 58,000部
  - (2) インフルエンザ任意接種（重度の心身障がい者・重症心身障がい児）  
封筒、接種券付予診票及び宛名用紙兼接種済証台紙、予防接種事業実施協力医療機関名簿並びに案内文書  
各400部
  - (3) インフルエンザ任意接種（小児）  
封筒、接種券付予診票及び宛名用紙兼接種済証台紙、予防接種事業実施協力医療機関名簿並びに案内文書  
各17,000部
- 4 委託内容及び履行期限 次のとおりとする。
  - (1) 委託内容
    - ① 3に規定する印刷物の製造
    - ② 印刷物の封入・封緘（印刷物の折り作業を含む）
    - ③ 郵便局への持込・発送
  - (2) 履行期限
    - 上記① 8月28日
    - 上記②及び③ 9月18日
- 5 発 送 日 9月18日までに封入・封緘作業、発送を完了すること。なお、発送に当たっては、鳥取中央郵便局に対し、青谷郵便局、佐治郵便局、浜村郵便局及び用瀬郵便局の配達地域を含む鳥取市内全域の配達日程を事前に確認し、9月末日までに対象者全員に確実に届くよう発送すること。
- 6 データ入稿日及びデータ入稿方法 入稿日は委託者と受託者の調整のうえ決定することとし、CSV形式で、CD-R又はDVD-Rに記録したものを手渡しにより入稿する。なお、個人情報の取扱については、契約書約款別記「個人情報取扱特記事項」を遵守しなければならない。
- 7 納入場所・納期 本仕様書に定める印刷物等を併せて印刷・封入・封緘し、発送日に、鳥取市内の郵便区内特別郵便物の取り扱いをする差出郵便局（青谷郵便局、佐治郵便局、鳥取中央郵便局、浜村郵便局及び用瀬郵便局）にそれぞれ持ち込むこと。なお、郵便局への持ち込みの際は、鳥取市が指定する後納郵便差出票を使用することとし、郵便差出票の写し（1部）を提出すること。また、発送日の3～7日前を目安に抜取対象者を伝えるため、該当者のものは発送せず鳥取市に直接納品すること。抜取対象者を伝える具体的な日程は、発送日によって、委託者と受託者の協議の上決定することとする。

- 8 経費の算出方法 3の(1)から(3)までに掲げる項目について、それぞれ本仕様書及び以下の事項を勘案し、本仕様書の内容を遂行するために必要な金額を算出し、これらを合算すること。なお、それぞれの印刷物等について、校正は2回とし、発送に使用しなかったものはすべて市に納品すること。
- (1) 封筒の作成に係る費用
    - ア 窓付き洋長3封筒(横向き)とする。
    - イ 仕様書別紙を参照し、必要事項を印刷すること。
  - (2) 接種券及びその他同封物の印刷・印字に係る費用
    - ア 接種券付予診票及び宛名用紙兼接種済証台紙
      - (ア) 仕様書別紙を参照し、指定部分は切り取りできるよう加工すること。
      - (イ) 市が入稿するデータから個人情報等を印字するときは、テスト印刷した現物を必ず窓口にて引き渡しの上、市の確認を受けることとし、市の確認が済むまでは、発送用のものを印刷しないこと。
    - イ 案内文書
      - 仕様書別紙を参照し、市が入稿するデータの内容を印刷すること。
  - (3) 封入及び封緘作業に係る費用(折り作業を含む)
  - (4) 郵便局への運搬等に係る費用
  - (5) 印刷物及び個人情報の保管に係る費用
  - (6) その他諸経費
- 9 委託料の支払い 委託料の支払については、業務完了後に一括して支払う。ただし、4の(1)①に定める業務の完了後は、1回に限り部分払を行うことができる。この場合における部分払の対象は成果物に係る業務とし、同②及び③に定める業務は含まないものとする。
- 10 再委託の禁止 次のとおりとする。
- (1) 受注者は、発注者の承認を受けずに、再委託をしてはならない。
  - (2) 発注者は、再委託する業務に印字や封入封緘等個人情報を取り扱う部分が含まれている場合は、再委託の承認をしないものとする。ただし、特段の理由がある場合はこの限りでない。
  - (3) 受注者は、発注者の承認を受けて第三者に再委託を行う場合、再委託先に本業務に係る契約に基づく一切の義務を遵守させるとともに再委託先に対して責任を負わせるものとする。
- 11 その他 印刷物の納入の際に、3の(1)から(3)までのPDFデータを納入すること。また、国からの通知等により、印刷物の仕様を変更する必要があることに留意すること。なお、国からの通知等による印刷物の内容の変更により、やむを得ず契約金額を変更する必要がある場合は、委託者と受託者の協議の上決定することとする。
- 12 担当 鳥取市健康こども部鳥取市保健所保健医療課 藤田  
電話：0857-30-8640

令和 8 年度インフルエンザ及び新型コロナワクチン接種に係る印刷等業務包括委託  
仕様書別紙（インフルエンザ及び新型コロナワクチン定期接種）

1 印刷物発送用封筒の仕様

項目	仕様
サイズ	・洋形長 3 号の封筒とする
外形	・窓付のものとし、封筒の色は白色とすること。
印字内容	・別紙 1 「(参考) インフルエンザ・新型コロナ予防接種券用封筒」を参考とし、同様の内容を印字すること。
その他	・内容物の印刷内容が透過しないよう、裏地紋加工を行うこと。 ・封筒に印刷する情報を印字する文字等の色は黒色とする。ただし、校正等により、色を変更する場合がある。 ・のりを用いずに封緘できるよう、あらかじめ糊付け加工した封筒とすること。

2 接種券付き予診票の仕様

(1) 用紙

項目	仕様
紙質	・A4 サイズ ※予診票単独の用紙サイズ ・白上質紙 55kg
その他	・詳細な印字内容は、別紙 2 「(参考) インフルエンザ接種券付き予診票 (定期)」及び別紙 3 「(参考) 新型コロナ接種券付き予診票」を参照すること。 ・インフルエンザの予防接種に係る予診票と新型コロナ予防接種に係る予診票は別に作成することとし、インフルエンザの予防接種に係る予診票は水色とすること。 ・インフルエンザの予防接種に係る予診票はインフルエンザの予防接種に係る接種済証台紙と、新型コロナ予防接種に係る予診票は新型コロナ予防接種に係る接種済証台紙と、それぞれミシン目で繋いだ A3 サイズとして印刷すること。

(2) 印字内容

別紙 2 「(参考) インフルエンザ接種券付き予診票 (定期)」及び別紙 3 「(参考) 新型コロナ接種券付き予診票」を参考とし、以下の内容を適切に印字すること。

印字項目	仕様
接種券の券面情報	
① サイズ	・大きさは縦 55.0mm×横 63.0mm とする。
② 請求先	・鳥取県鳥取市とする。
③ 券番号	・算用数字 10 桁 (前ゼロ詰め) ・提供するデータの内、宛名コード (健管番号) を使用すること。
④ 接種者氏名	・最大 40 文字 ・入稿するデータを利用し、氏名を印字すること。外字等に対応すること。
⑤ 自己負担額	・入稿データを利用し、自己負担額を印字すること。
⑥ 接種期間	・入稿データを利用し、接種期間を印字すること。
予診票の情報	
① 住民票に記載され	・入稿データを利用し、住所を印刷すること。

	ている住所	
②	氏名及びフリガナ	・入稿データを利用し、氏名を印刷すること（フリガナは印刷しない。）。
③	生年月日（西暦）	・入稿データを利用し、生年月日（西暦標記）を印刷すること。
④	その他の内容	・別紙2「(参考) インフルエンザ接種券付き予診票（定期）」又は別紙3「(参考) 新型コロナ接種券付き予診票」の内容を印刷すること。

### 3 接種済証台紙の仕様

#### (1) 用紙

項目	仕様
紙質	<ul style="list-style-type: none"> <li>・A4 サイズ ※接種済証台紙（片面）単独の用紙サイズ</li> <li>・白上質紙 55kg ※2の(1)の接種券付き予診票の用紙と同様の色とすること。</li> </ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・詳細な印字内容は、別紙4「(参考) インフルエンザ接種済証台紙（定期）」及び別紙5「(参考) 新型コロナ接種済証台紙」を参照すること。</li> <li>・インフルエンザの予防接種に係る接種済証台紙と新型コロナ予防接種に係る接種済証台紙は別に作成することとし、インフルエンザの予防接種に係る接種済証台紙は水色とすること。</li> <li>・インフルエンザの予防接種に係る接種済証台紙はインフルエンザの予防接種に係る予診票と、新型コロナ予防接種に係る接種済証台紙は新型コロナ予防接種に係る予診票と、それぞれミシン目で繋いだA3サイズとして印刷すること。</li> </ul>

#### (2) 接種済証及び領収書を除く部分の印字内容

別紙4「(参考) インフルエンザ接種済証台紙（定期）」及び別紙5「(参考) 新型コロナ接種済証台紙」を参考とし、以下の内容を適切に印字すること。

印字項目	仕様
宛先情報	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入稿データを利用し、台紙の左上部に郵便番号、住所、氏名、郵便用バーコード等の宛名情報を印字すること。</li> <li>・宛名情報の印字位置は、1の印刷物発送用封筒の仕様に定める封筒の窓からすべての情報が明瞭に視認できる位置であること。</li> </ul>
注意事項等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・校正段階で指定する文言及び図形等の情報を、別紙4「(参考) インフルエンザ接種済証台紙（定期）」又は別紙5「(参考) 新型コロナ接種済証台紙」を参考に、指定の位置に印字すること。</li> </ul>

#### (3) 接種済証の印字内容

別紙4「(参考) インフルエンザ接種済証台紙（定期）」及び別紙5「(参考) 新型コロナ接種済証台紙」を参考とし、以下の内容を適切に印字すること。

印字項目	仕様
① 接種年月日	・接種を実施した医療機関で記入するため、記入欄を設けること。
② Lot No.	・接種を実施した医療機関でワクチンシールを貼付するため、シール貼付け欄を設けること。
③ 被接種者氏名	・入稿データを利用し、被接種者の氏名を印字すること（最大40文字）。
④ 被接種者生年月日	・入稿データを利用し、被接種者の生年月日を印字すること。
⑤ 首長名	・「鳥取市長 深澤 義彦」とすること。

その他	・印字に際して、枠や文字の大きさを調整又は変更することは差し支えない。
-----	-------------------------------------

(4) 領収書の印字内容

別紙4「(参考) インフルエンザ接種済証台紙(定期)」及び別紙5「(参考) 新型コロナ接種済証台紙」を参考とし、以下の内容を適切に印字すること。

印字項目	仕様
① 被接種者氏名	・入稿データを利用し、被接種者の氏名を印字すること(最大40文字)。
② 自己負担額	・入稿データを利用し、自己負担額を印字すること。

4 予防接種事業実施協力医療機関名簿の仕様

項目	仕様
紙質	・A3サイズ ・白上質紙55kg
その他	・詳細な印字内容は、別紙6「(参考) 予防接種事業実施協力医療機関名簿」を参照し、両面に印刷すること。

5 案内文書の仕様

項目	仕様
紙質	・A3サイズ ・白上質紙55kg
その他	・詳細な印字内容は別紙7「(参考) 案内文・記入例」を参照するとし、両面に印刷すること。

令和8年度インフルエンザ及び新型コロナワクチン接種に係る印刷等業務包括委託  
仕様書別紙（インフルエンザ任意接種（重度の心身障がい者・重症心身障がい児））

1 印刷物発送用封筒の仕様

項目	仕様
サイズ	・洋形長3号の封筒とする
外形	・窓付のものとし、封筒の色は緑色とすること。
印字内容	・別紙8「(参考) インフルエンザ予防接種券用封筒（任意（重度の心身障がい者・重症心身障がい児））」を参考とし、同様の内容を印字すること。
その他	・内容物の印刷内容が透過しないよう、裏地紋加工を行うこと。 ・封筒に印刷する情報を印字する文字等の色は黒色とする。ただし、校正等により、色を変更する場合がある。 ・のりを用いずに封緘できるよう、あらかじめ糊付け加工した封筒とすること。

2 接種券付き予診票の仕様

(1) 用紙

項目	仕様
紙質	・A4 サイズ ※予診票単独の用紙サイズ ・白上質紙 55kg
その他	・詳細な印字内容は別紙9「(参考) 接種券付き予診票（任意（重度の心身障がい者・重症心身障がい児））」を参照すること。 ・予診票は、指定した部分を緑色とすること。 ・予診票は、接種済証台紙とミシン目で繋いだA3サイズとして印刷すること。

(2) 印字内容

別紙9「(参考) 接種券付き予診票（任意（重度の心身障がい者・重症心身障がい児））」を参考とし、以下の内容を適切に印字すること。

印字項目	仕様
接種券の券面情報	
① サイズ	・大きさは縦 55.0mm×横 63.0mm とする。
② 請求先	・鳥取県鳥取市とする。
③ 券番号	・算用数字 10 桁（前ゼロ詰め） ・提供するデータの内、宛名コード（健管番号）を使用すること。
④ 接種者氏名	・最大 40 文字 ・入稿するデータを利用し、氏名を印字すること。外字等に対応すること。
⑤ 自己負担額	・入稿データを利用し、自己負担額を印字すること。
⑥ 接種期間	・下記の条件に従って接種期間を印字すること。 (条件) 10/1以前に接種対象年齢に到達している者…10/1～1/31 10/2以降に接種対象年齢に到達する者…令和8年度の誕生日から6月を経過する日～1/31 10/2以降に接種対象年齢を超える者（重症心身障がい児の2回目に限る。）…

		<p>10/1～令和8年度の誕生日の前日</p> <p>(例)</p> <p>生年月日が1961/9/1の者の場合、 接種期間は令和8年10月1日～令和9年1月31日</p> <p>生年月日が2026/6/2の者の場合、 接種期間は令和8年12月1日～令和9年1月31日</p> <p>生年月日が2013/12/1の者の場合（重症心身障がい児の2回目）、 接種期間は令和8年10月1日～令和8年11月30日</p>
予診票の情報		
①	住民票に記載されている住所	・入稿データを利用し、住所を印刷すること。
②	氏名及びフリガナ	・入稿データを利用し、氏名を印刷すること（フリガナは印刷しない。）。
③	生年月日（西暦）	・入稿データを利用し、生年月日（西暦標記）を印刷すること。
④	その他の内容	・別紙9「(参考)接種券付き予診票（任意（重度の心身障がい者・重症心身障がい児）」の内容を印刷すること。

### 3 接種済証台紙の仕様

#### (1) 用紙

項目	仕様
紙質	<ul style="list-style-type: none"> <li>・A4サイズ ※接種済証台紙（片面）単独の用紙サイズ</li> <li>・白上質紙 55kg ※2の(1)の接種券付き予診票の用紙と同様の色とすること。</li> </ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・詳細な印字内容は別紙10「(参考)接種済証台紙（任意（重度の心身障がい者・重症心身障がい児）」を参照すること。</li> <li>・接種済証台紙は、指定した部分を緑色とすること。</li> <li>・接種済証台紙は、予診票とミシン目で繋いだA3サイズとして印刷すること。</li> </ul>

#### (2) 接種済証及び領収書を除く部分の印字内容

別紙10「(参考)接種済証台紙（任意（重度の心身障がい者・重症心身障がい児）」を参考とし、以下の内容を適切に印字すること。

印字項目	仕様
宛先情報	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入稿データを利用し、台紙の左上部に郵便番号、住所、氏名、郵便用バーコード等の宛名情報を印字すること。</li> <li>・宛名情報の印字位置は、1の印刷物発送用封筒の仕様に定める封筒の窓からすべての情報が明瞭に視認できる位置であること。</li> </ul>
注意事項等	・校正段階で指定する文言及び図形等の情報を、別紙10「(参考)接種済証台紙（任意（重度の心身障がい者・重症心身障がい児）」を参考に、指定の位置に印字すること。

#### (3) 接種済証の印字内容

別紙10「(参考)接種済証台紙（任意（重度の心身障がい者・重症心身障がい児）」を参考とし、以下の内容を適切に印字すること。

印字項目	仕様
① 接種年月日	・接種を実施した医療機関で記入するため、記入欄を設けること。

②	Lot No.	・接種を実施した医療機関でワクチンシールを貼付するため、シール貼付け欄を設けること。
③	被接種者氏名	・入稿データを利用し、被接種者の氏名を印字すること（最大 40 文字）。
④	被接種者生年月日	・入稿データを利用し、被接種者の生年月日を印字すること。
⑤	首長名	・「鳥取市長 深澤 義彦」とすること。
その他		・印字に際して、枠や文字の大きさを調整又は変更することは差し支えない。

(4) 領収書の印字内容

別紙 1 0 「(参考) 接種済証台紙 (任意 (重度の心身障がい者・重症心身障がい児))」を参考とし、以下の内容を適切に印字すること。

印字項目	仕様
① 被接種者氏名	・入稿データを利用し、被接種者の氏名を印字すること（最大 40 文字）。
② 自己負担額	・入稿データを利用し、自己負担額を印字すること。

4 予防接種事業実施協力医療機関名簿の仕様

項目	仕様
紙質	・ A4 サイズ ・ 白上質紙 55kg
その他	・ 詳細な印字内容は、別紙 1 1 「(参考) 予防接種事業実施協力医療機関名簿」を参照し、両面に印刷すること。

5 案内文書の仕様

項目	仕様
紙質	・ A4 サイズ ・ 白上質紙 55kg
その他	・ 詳細な印字内容は別紙 1 2 「(参考) 案内文・記入例」を参照するとし、両面に印刷すること。

令和8年度インフルエンザ及び新型コロナワクチン接種に係る印刷等業務包括委託  
仕様書別紙（インフルエンザ任意接種（小児））

1 印刷物発送用封筒の仕様

項目	仕様
サイズ	・洋形長3号の封筒とする
外形	・窓付のものとし、封筒の色は桃色とすること。
印字内容	・別紙13「(参考) インフルエンザ予防接種券用封筒（任意（小児））」を参考とし、同様の内容を印字すること。
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・内容物の印刷内容が透過しないよう、裏地紋加工を行うこと。</li> <li>・封筒に印刷する情報を印字する文字等の色は黒色とする。ただし、校正等により、色を変更する場合がある。</li> <li>・のりを用いずに封緘できるよう、あらかじめ糊付け加工した封筒とすること。</li> </ul>

2 接種券付き予診票の仕様

(1) 用紙

項目	仕様
紙質	<ul style="list-style-type: none"> <li>・A4サイズ ※予診票単独の用紙サイズ</li> <li>・白上質紙55kg</li> </ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・詳細な印字内容は別紙14「(参考) 接種券付き予診票（任意（小児））」を参照すること。</li> <li>・予診票は、指定した部分を桃色とすること。</li> <li>・予診票は、接種済証台紙とミシン目で繋いだA3サイズとして印刷すること。</li> </ul>

(2) 用紙印字内容

別紙14「(参考) 接種券付き予診票（任意（小児））」を参考とし、以下の内容を適切に印字すること。

印字項目	仕様
接種券の券面情報	
① サイズ	・大きさは縦55.0mm×横63.0mmとする。
② 請求先	・鳥取県鳥取市とする。
③ 券番号	<ul style="list-style-type: none"> <li>・算用数字10桁（前ゼロ詰め）</li> <li>・提供するデータの内、宛名コード（健管番号）を使用すること。</li> </ul>
④ 接種者氏名	<ul style="list-style-type: none"> <li>・最大40文字</li> <li>・入稿するデータを利用し、氏名を印字すること。外字等に対応すること。</li> </ul>
⑤ 助成額（上限）	・入稿データを利用し、助成額を印字すること。
⑥ 接種期間	<ul style="list-style-type: none"> <li>・下記の条件に従って接種期間を印字すること。</li> <li>（条件）</li> <li>10/1以前に接種対象年齢に到達している者…10/1～1/31</li> <li>10/2以降に接種対象年齢に到達する者…令和8年度の誕生日から6月を経過する日～1/31</li> <li>（例）</li> <li>生年月日が2026/2/1の者の場合、接種期間は令和8年10月1日～令和</li> </ul>

		9年1月31日 生年月日が2026/6/2の者の場合、接種期間は令和8年12月1日～令和9年1月31日
予診票の情報		
①	住民票に記載されている住所	・入稿データを利用し、住所を印刷すること。
②	氏名及びフリガナ	・入稿データを利用し、氏名を印刷すること（フリガナは、印刷しない。）。
③	生年月日（西暦）	・入稿データを利用し、生年月日（西暦標記）を印刷すること。
④	その他の内容	・別紙14「(参考) 接種券付き予診票（任意（小児））」の内容を印刷すること。

### 3 接種済証台紙の仕様

#### (1) 用紙

項目	仕様
紙質	<ul style="list-style-type: none"> <li>・A4サイズ ※接種済証台紙（片面）単独の用紙サイズ</li> <li>・白上質紙 55kg ※2の(1)の接種券付き予診票の用紙と同様の色とすること。</li> </ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・詳細な印字内容は別紙15「(参考) 接種済証台紙（任意（小児））」を参照すること。</li> <li>・接種済証台紙は、指定した部分を桃色とすること。</li> <li>・接種済証台紙は、予診票とミシン目で繋いだA3サイズとして印刷すること。</li> </ul>

#### (2) 接種済証及び領収書を除く部分の印字内容

別紙15「(参考) 接種済証台紙（任意（小児））」を参考とし、以下の内容を適切に印字すること。

印字項目	仕様
宛先情報	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入稿データを利用し、台紙の左上部に郵便番号、住所、氏名、郵便用バーコード等の宛名情報を印字すること。</li> <li>・宛名情報の印字位置は、1の印刷物発送用封筒の仕様に定める封筒の窓からすべての情報が明瞭に視認できる位置であること。</li> </ul>
注意事項等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・校正段階で指定する文言及び図形等の情報を、別紙15「(参考) 接種済証台紙（任意（小児））」を参考に、指定の位置に印字すること。</li> </ul>

#### (3) 接種済証の印字内容

別紙15「(参考) 接種済証台紙（任意（小児））」を参考とし、以下の内容を適切に印字すること。

印字項目	仕様
① 接種年月日	・接種を実施した医療機関で記入するため、記入欄を設けること。
② Lot No.	・接種を実施した医療機関でワクチンシールを貼付するため、シール貼付け欄を設けること。
③ 被接種者氏名	・入稿データを利用し、被接種者の氏名を印字すること（最大40文字）。
④ 被接種者生年月日	・入稿データを利用し、被接種者の生年月日を印字すること。
⑤ 首長名	・「鳥取市長 深澤 義彦」とすること。
その他	・印字に際して、枠や文字の大きさを調整又は変更することは差し支えない。

#### (4) 領収書の印字内容

別紙15「(参考) 接種済証台紙（任意（小児））」を参考とし、以下の内容を適切に印字すること。

印字項目	仕様
① 被接種者氏名	・入稿データを利用し、被接種者の氏名を印字すること（最大 40 文字）。
② 自己負担額	・接種を実施した医療機関で記入するため、記入欄を設けること。

#### 4 予防接種事業実施協力医療機関名簿の仕様

項目	仕様
紙質	・ A4 サイズ ・ 白上質紙 55kg
その他	・ 詳細な印字内容は、別紙 1 6 「(参考) 予防接種事業実施協力医療機関名簿」を参照し、両面に印刷すること。

#### 5 案内文書の仕様

項目	仕様
紙質	・ A4 サイズ ・ 白上質紙 55kg
その他	・ 詳細な印字内容は別紙 1 7 「(参考) 案内文・記入例」を参照するとし、両面に印刷すること。

窓

**インフルエンザ・新型コロナウイルス  
感染症予防接種の両方の接種券付き  
予診票が入っています。**

料金後納  
郵便

郵便区内特別

### 鳥取市保健所保健医療課

〒680-8571 鳥取市富安二丁目138-4  
鳥取市役所駅南庁舎1F

☎ 0857-30-8640（予防接種推進係）

### 各総合支所市民福祉課

- |                              |                           |                |
|------------------------------|---------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> 国府町 | 〒680-0197 鳥取市国府町宮下1221    | ☎ 0857-30-8654 |
| <input type="checkbox"/> 福部町 | 〒689-0102 鳥取市福部町細川668     | ☎ 0857-30-8664 |
| <input type="checkbox"/> 河原町 | 〒680-1221 鳥取市河原町渡一木277    | ☎ 0858-71-1724 |
| <input type="checkbox"/> 用瀬町 | 〒689-1201 鳥取市用瀬町用瀬832     | ☎ 0858-71-1894 |
| <input type="checkbox"/> 佐治町 | 〒689-1313 鳥取市佐治町加瀬木2519-3 | ☎ 0858-71-1914 |
| <input type="checkbox"/> 気高町 | 〒689-0331 鳥取市気高町浜村282-1   | ☎ 0857-30-8674 |
| <input type="checkbox"/> 鹿野町 | 〒689-0405 鳥取市鹿野町鹿野1517    | ☎ 0857-30-8684 |
| <input type="checkbox"/> 青谷町 | 〒689-0592 鳥取市青谷町青谷667     | ☎ 0857-30-8694 |

令和8年度(高齢者)  
インフルエンザ予防接種の接種券付き予診票

【別紙2】(参考)インフルエンザ接種券付き予診票(定期)

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください

住民票に記載されている住所	鳥取県	診察前の体温	□□度□分
フリガナ	(印字しない)	電話	( )
氏名	(印字データから印字)	電話番号	-
生年月日(西暦)	X X X X 年 X X 月 X X 日生(満)	□□□□歳	□男・□女

接種券	
請求先	鳥取県鳥取市
券番号	(印字データから印字)
氏名	(印字データから印字)
自己負担額	(印字データから印字)
接種期間	(標準量)2026年●月●日～2027年1月31日 (高用量)2026年●月●日～2027年1月31日

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説明書を読みましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input 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いますか。 病名( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	<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。 具合の悪い症状( )	<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はありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
インフルエンザ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。 ( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	<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。 予防接種の種類( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<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	
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	

インフルエンザ予防接種希望書	( <input type="checkbox"/> 接種を希望します ・ <input type="checkbox"/> 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。	(印字データから印字)
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。	被接種者自署 ※代筆の場合も記入
※記入例) 10月1日～10月01日 同意日 2 0 2 年 □□ 月 □□ 日	代筆者署名 続柄
(※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)	

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の接種は ( <input type="checkbox"/> 可能 ・ <input type="checkbox"/> 見合わせる )	医師署名又は記名押印	押印欄
本人に対して、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。			

医師記入欄	ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所・医師名
	シール貼付位置	標準量(皮下)・高用量(筋注)	実施場所
	※枠に合わせてまっすぐに貼付 (注)有効期限が切れていないか確認	□□. □□ mL	医師名
接種年月日		医師名	
2 0 2 年 □□ 月 □□ 日			

接種前は切り取らないでください

【別紙4】(参考)インフルエンザ接種済証台紙(定期)

〒XXX-XXXX  
鳥取県鳥取市●●●●●●

赤字部分は  
印字データ  
から印字

鳥取 太郎 様

(郵便用バーコード印字)

2026年10月～2027年1月に75歳になる者は接種期間が2段で印字され、標準量は2026年10月1日～2027年1月31日、高用量は75歳の誕生日前日～2027年1月31日とする。それ以外の者は1段で印字され、2026年10月～12月に対象年齢となる者は接種期間の始期を誕生日前日とし、それ以外の対象者は10月1日とする。

この用紙ではインフルエンザの予防接種を期間内に1回受けることができます。

接種期間: (標準量)2026年●月●日～2027年1月31日  
(高用量)2026年●月●日～2027年1月31日

※上記期間以外に接種を受けた場合は、全額自己負担となります。ご注意ください。

接種は義務ではありません。ご本人が希望された場合に接種できます。

○この用紙は、「接種券付き予診票」「予防接種済証」「領収書」が一体になっています。

○接種に必要なもの

- ①接種券付き予診票(この用紙を、切り離さずに医療機関にお持ちください。)
- ②自己負担額 (印字データ)

接種前は切り取らないでください

インフルエンザ予防接種済証(本人保管)

氏名 (印字データから印字)

生年月日 (印字データから印字)

接種年月日 年 月 日

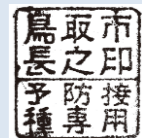
LotNo.

接種医療機関

接種医

印

鳥取市長 深澤 義彦



接種前は切り取らないでください

インフルエンザ予防接種  
自己負担金領収書

医療機関用

(氏名)

様

(自己負担額)を領収しました。

年 月 日

医療機関名

印

インフルエンザ予防接種  
自己負担金領収書

本人用

(氏名)

様

(自己負担額)を領収しました。

年 月 日

医療機関名

印

接種前は切り取らないでください

令和8年度  
新型コロナウイルス感染症予防接種の接種券付き予診票

【別紙3】(参考)新型コロナ接種券付き予診票

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください

住民票に記載されている住所	鳥取県	診察前の体温	<input type="text"/> 度 <input type="text"/> 分
〒	(印字データから印字)	氏名	(印字データから印字)
フリガナ	(印字しない)	自己負担額	(印字データから印字)
氏名	(印字データから印字)	接種期間	2026年●月●日～ 2027年1月31日
生年月日(西暦)	X X X X 年 X X 月 X X 日生(満 <input type="text"/> 歳)	性別	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女

接種券	
請求先	鳥取県鳥取市
券番号	(印字データから印字)
氏名	(印字データから印字)
自己負担額	(印字データから印字)
接種期間	2026年●月●日～ 2027年1月31日

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。	<input type="checkbox"/> はい <input 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いますか。 病名( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<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。 具合の悪い症状( )	<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はありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
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の際に具合が悪くなったことはありますか。 ( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	<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。 予防接種の種類( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<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	
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	

**新型コロナウイルス感染症予防接種希望書** ( 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 年月日

被接種者自署 ※代筆の場合も記入	
代筆者署名	続柄

(※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の接種は ( <input type="checkbox"/> 可能 ・ <input type="checkbox"/> 見合わせる )	医師署名又は記名押印	押印欄
	本人に対して、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。		

医師記入欄	ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所・医師名
	シール貼付位置 ※枠に合わせてまっすぐに貼付 (注)有効期限が切れていないか確認	<input type="text"/> mL	実施場所 医師名
	接種年月日		
	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		

【別紙5】(参考)新型コロナ接種済証台紙

〒XXX-XXXX  
鳥取県鳥取市●●●●●●●●

赤字部分は  
印字データ  
から印字

鳥取 太郎 様

(郵便用バーコード印字)

2026年10月～12月に対象年齢となる者は接種期間の始期を誕生日前日とし、それ以外の対象者は10月1日とする。  
\*たとえば、1961年11月5日生まれの者は「2026年11月4日～」、1961年9月1日生まれの者は「2026年10月1日～」となる。

この用紙では新型コロナウイルス感染症の予防接種を期間内に1回受けることができます。

接種期間: 2026年●月●日～2027年1月31日

※上記期間以外に接種を受けた場合は、全額自己負担となります。ご注意ください。

接種は義務ではありません。ご本人が希望された場合に接種できます。

○この用紙は、「接種券付き予診票」「予防接種済証」「領収書」が一体になっています。

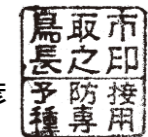
○接種に必要なもの

- ①接種券付き予診票(この用紙を、切り離さずに医療機関にお持ちください。)
- ②自己負担額 (印字データ)

接種前は切り取らないでください

新型コロナウイルス感染症予防接種済証(本人保管)

氏名 (印字データから印字)  
生年月日 (印字データから印字)  
接種年月日 年 月 日  
LotNo.  
接種医療機関  
接種医 印 鳥取市長 深澤 義彦



接種前は切り取らないでください

新型コロナウイルス感染症予防接種  
自己負担金領収書 **医療機関用**

(氏名) 様

(自己負担額)を領収しました。

年 月 日

医療機関名 印

新型コロナウイルス感染症予防接種  
自己負担金領収書 **本人用**

(氏名) 様

(自己負担額)を領収しました。

年 月 日

医療機関名 印

接種前は切り取らないでください

接種前は切り取らないでください

〒XXX-XXXX  
鳥取県鳥取市●●●●●

鳥取 太郎 様

(郵便用バーコード印字)

赤字部分は  
印字データ  
から印字

2026年10月～2027年1月に75歳になる者は接種期間が2段で印字され、標準量は2026年10月1日～2027年1月31日、高用量は75歳の誕生日前日～2027年1月31日とする。  
それ以外の者は1段で印字され、2026年10月～12月に対象年齢となる者は接種期間の始期を誕生日前日とし、それ以外の対象者は10月1日とする。

この用紙ではインフルエンザの予防接種を期間内に1回受けることができます。

接種期間: (標準量)2026年●月●日～2027年1月31日

(高用量)2026年●月●日～2027年1月31日

※上記期間以外に接種を受けた場合は、全額自己負担となります。ご注意ください。

接種は義務ではありません。ご本人が希望された場合に接種できます。

○この用紙は、「接種券付き予診票」「予防接種済証」「領収書」が一体になっています。

○接種に必要なもの

①接種券付き予診票(この用紙を、切り離さずに医療機関にお持ちください。)

②自己負担額 (印字データ)

接種前は切り取らないでください

インフルエンザ予防接種済証(本人保管)

氏名 (印字データから印字)

生年月日 (印字データから印字)

接種年月日 年 月 日

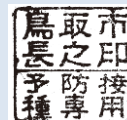
LotNo.

接種医療機関

接種医

印

鳥取市長 深澤 義彦



接種前は切り取らないでください

インフルエンザ予防接種  
自己負担金領収書

医療機関用

(氏名)

様

(自己負担額)を領収しました。

年 月 日

医療機関名

印

接種前は切り取らないでください

インフルエンザ予防接種  
自己負担金領収書

本人用

(氏名)

様

(自己負担額)を領収しました。

年 月 日

医療機関名

印

〒XXX-XXXX  
鳥取県鳥取市●●●●●●

鳥取 太郎 様

(郵便用バーコード印字)

赤字部分は  
印字データ  
から印字

2026年10月～12月に対象年齢となる者は接種期間  
の始期を誕生日前日とし、それ以外の対象者は10  
月1日とする。

\*たとえば、1961年11月5日生まれの者は「2026年  
11月4日～」、1961年9月1日生まれの者は「2026年  
10月1日～」となる。

この用紙では新型コロナウイルス感染症の予防接種を期間内に1回受けることができます。

接種期間: 2026年●月●日～2027年1月31日

※上記期間以外に接種を受けた場合は、全額自己負担となります。ご注意ください。

接種は義務ではありません。ご本人が希望された場合に接種できます。

○この用紙は、「接種券付き予診票」「予防接種済証」「領収書」が一体になっています。

○接種に必要なもの

- ①接種券付き予診票(この用紙を、切り離さずに医療機関にお持ちください。)
- ②自己負担額 (印字データ)

接種前は切り取らないでください

新型コロナウイルス感染症予防接種済証(本人保管)

氏名 (印字データから印字)

生年月日 (印字データから印字)

接種年月日 年 月 日

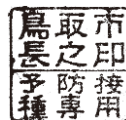
LotNo.

接種医療機関

接種医

印

鳥取市長 深澤 義彦



接種前は切り取らないでください

新型コロナウイルス感染症予防接種  
自己負担金領収書

医療機関用

(氏名) 様

(自己負担額)を領収しました。

年 月 日

医療機関名

印

接種前は切り取らないでください

新型コロナウイルス感染症予防接種  
自己負担金領収書

本人用

(氏名) 様

(自己負担額)を領収しました。

年 月 日

医療機関名

印

令和8年度高齢者インフルエンザ・新型コロナウイルス  
感染症予防接種事業実施協力医療機関名簿

【別紙6】（参考）医療機関名簿

注意事項

- 予約は各医療機関へ直接ご連絡ください。なお、医療機関の受付内容は変更されることがあります。
- 接種の日程や、使用するワクチンの種類については、予約時にそれぞれの医療機関にご確認ください。

市町別五十音順 令和8年10月作成

医療機関名	接種可能ワクチン		電話番号	所在地	備考
	インフル	新型コロナ			
明穂整形外科	○		0857-37-1313	鳥取市扇町11-3	
麻木クリニック	○		0857-23-3387	鳥取市松並町二丁目502-1	
安陪内科医院	○	○	0857-26-6675	鳥取市吉方温泉三丁目811-2	
池田外科医院	○	かかりつけ患者のみ	0857-27-5151	鳥取市興南町8-2	
石井内科小児科クリニック	○	○	0857-31-1141	鳥取市布勢332-4	
いしこ内科循環器科医院	○	○	0857-37-3200	鳥取市湖山町南三丁目301-1	
石田医院	○	○	0857-85-0258	鳥取市青谷町青谷4032-19	
石谷小児科医院	○	○	0857-22-3354	鳥取市上魚町13	
石丸こどもクリニック	○	かかりつけ患者のみ	0857-26-1400	鳥取市天神町31-2	
イナカ内科医院	○	○	0857-24-5167	鳥取市正蓮寺43	
乾医院	○	かかりつけ患者のみ	0857-84-2250	鳥取市鹿野町鹿野1091-5	
井上医院	○	○	0858-87-2755	鳥取市用瀬町用瀬457-6	
いわさわ医院	○	○	0857-52-7822	鳥取市若葉台南六丁目23-26	
上田病院	○	○	0857-37-1177	鳥取市西町一丁目453	
上山整形外科医院	○		0857-28-0315	鳥取市湖山町東二丁目103	
ウェルフェア北園渡辺病院	入院・入所患者、かかりつけ患者のみ	入院・入所患者、かかりつけ患者のみ	0857-27-1151	鳥取市覚寺181	
延寿の杜ホームクリニック	○	○	0857-30-6901	鳥取市賀露町4162	
おおたけ脳神経・漢方内科クリニック	○	○	0857-28-7025	鳥取市晩稲437-3	
おおたにこども・ファミリークリニック	○	○	0857-51-1221	鳥取市国府町新通り三丁目301-1	
太田原医院	○	○	0857-82-0953	鳥取市気高町宝木827-5	
おかだ内科	○	○	0857-30-3750	鳥取市富安二丁目149	
おか内科クリニック	○	○	0857-30-2111	鳥取市江津407-2	
岡本医院	○	○	0857-53-2028	鳥取市津ノ井258-2	
荻原医院	○	かかりつけ患者のみ	0858-85-0454	鳥取市河原町長瀬82-1	
尾崎病院	○	○	0857-28-6616	鳥取市湖山町北二丁目555	
介護老人保健施設いなば幸朋苑	入居者のみ	入居者のみ	0857-23-6611	鳥取市浜坂228-1	
介護老人保健施設またみの郷	入所者のみ	入所者のみ	0857-53-0002	鳥取市杉崎596	
介護老人保健施設みやこ苑	入所者のみ	入所者のみ	0857-38-3838	鳥取市三津1072-307	
かげしま心臓血管・内科クリニック	○	○	0857-30-6733	鳥取市安長257-1	
加藤医院	○	○	0858-87-2440	鳥取市用瀬町用瀬382	
加藤医院佐治出張診療所	○	○	0858-87-2440	鳥取市佐治町加瀬木2235	
加藤整形外科医院	○		0857-22-7522	鳥取市片原二丁目111	
岸医院	○	○	0858-85-0218	鳥取市河原町河原48	
北室内科医院	○	○	0857-26-1433	鳥取市西町三丁目110	
クリニックこくふ	○	○	0857-50-1328	鳥取市国府町新通り二丁目202	
クリニック陽まり	○	○	0857-30-1525	鳥取市南吉方三丁目522	
こどもクリニックふかざわ	かかりつけ患者のみ	かかりつけ患者のみ	0857-32-1700	鳥取市南隈565	
こはまクリニック	○	○	0857-37-3211	鳥取市湖山町南一丁目830-1	
こばやし内科	○	○	0857-51-7373	鳥取市宮長9-1	
栄町クリニック	○	○	0857-21-3111	鳥取市栄町211-2	
さくらレディースクリニック田園町	○		0857-25-4103	鳥取市田園町二丁目155	
ささき皮フ科整形外科クリニック	○		0857-24-8100	鳥取市岩倉452-30	
さとに田園クリニック	○	かかりつけ患者のみ	0857-30-1515	鳥取市里仁54-2	
塩田医院	○		0857-30-1110	鳥取市源太101-1	

注意事項

- 予約は各医療機関へ直接ご連絡ください。なお、医療機関の受付内容は変更されることがあります。
- 接種の日程や、使用するワクチンの種類については、予約時にそれぞれの医療機関にご確認ください。

市町別五十音順 令和8年10月作成

医療機関名	接種可能ワクチン		電話番号	所在地	備考
	インフル	新型コロナ			
宍戸医院	○		0857-29-4410	鳥取市田島716	
下田神経内科クリニック	○	○	0857-32-7020	鳥取市大工町頭33	
庄司医院分院	○	かかりつけ患者のみ	0857-28-2611	鳥取市湖山町北一丁目547	
すえひろ生協診療所	かかりつけ患者のみ	かかりつけ患者のみ	0857-30-6140	鳥取市末広温泉町203	
すがクリニック	○	○	0857-30-8830	鳥取市湖山町東二丁目140-1	
大覚寺クリニック	○	○	0857-26-6123	鳥取市吉成206-1	
たかすりウマチ・整形外科クリニック	○	かかりつけ患者のみ	0857-51-7115	鳥取市叶288-11	
たけうち耳鼻いんこう科	○	○	0857-50-0311	鳥取市里仁54-8	
竹内内科医院	○	○	0857-22-2317	鳥取市本町五丁目202	
竹田内科医院	○	○	0857-22-4320	鳥取市本町二丁目109	
田中医院	○	かかりつけ患者のみ	0857-27-0121	鳥取市浜坂二丁目9-15	
田中医院	○	○	0857-85-5050	鳥取市青谷町井手575	
たなかクリニック	○		0857-24-1101	鳥取市吉方温泉三丁目807	
たなか小児科医院	○	○	0857-21-1222	鳥取市興南町76	
田中整形外科医院	○		0857-27-3021	鳥取市行徳一丁目332	
谷口医院	○	○	0857-22-2332	鳥取市南町425	
田村内科・眼科	○	かかりつけ患者のみ	0857-22-0555	鳥取市末広温泉町202	
だんばらクリニック	○	○	0857-54-1020	鳥取市富安330-1	
千代水の森 おなかと内科のクリニック	○	○	0857-50-0743	鳥取市千代水二丁目97	
寺岡医院	○	○	0857-57-0108	鳥取市吉岡温泉町135-3	
鳥取医療生協鹿野温泉病院	○	○	0857-84-2311	鳥取市鹿野町今市242	
鳥取医療センター	かかりつけ患者のみ	かかりつけ患者のみ	0857-59-1111	鳥取市三津876	
鳥取北クリニック	○	○	0857-32-7111	鳥取市賀露町4012	
鳥取県立中央病院	中央病院に通院中 かつ中央病院でコ ロナワクチンを接種 したことのある方 または中央病院 の主治医許可があ る方 (各120人程度)	中央病院に通院中 かつ中央病院でコ ロナワクチンを接種 したことのある方 または中央病院 の主治医許可があ る方 (各120人程度)	0857-51-0572 (専用電話)	鳥取市江津730	予約受付時間 10:30~16:30
とっとり在宅ケア・漢方クリニック	○	○	0857-30-7760	鳥取市吉成南町一丁目27-9	
鳥取産院	かかりつけ患者のみ	かかりつけ患者のみ	0857-23-3151	鳥取市吉方温泉一丁目653	
鳥取市介護老人保健施設やすらぎ	入所者のみ	入所者のみ	0857-53-5770	鳥取市市場一丁目11	
鳥取市佐治町国民健康保険診療所(医科)	○	○	0858-88-0127	鳥取市佐治町加瀬木2171-2	
鳥取市立病院	○	○	0857-37-1522	鳥取市市場一丁目1	
鳥取生協病院	○	○	0857-24-7251	鳥取市末広温泉町458	
鳥取赤十字病院	○	○	0857-24-8111	鳥取市尚徳町117	
鳥取ペインクリニック	○	○	0857-22-3633	鳥取市川端一丁目201	
内科・消化器内科 片原ごとうクリニック	○	○	0857-51-0510	鳥取市片原四丁目111	
中島整形外科医院	○	○	0857-24-6511	鳥取市新93-5	
中安脳神経・内科クリニック	○	○	0857-30-6633	鳥取市松並町二丁目503-7	
なわだ内科クリニック	○	○	0857-25-1155	鳥取市青葉町三丁目101-2	
西尾内科クリニック	○	○	0857-26-6070	鳥取市岩倉446-23	
にしまち診療所 悠々	○	○	0857-25-6523	鳥取市西町五丁目108	
野津医院	○	○	0857-22-8605	鳥取市卯垣四丁目101	
野の花診療所	○	○	0857-36-0087	鳥取市行徳三丁目431	
橋本外科医院	○	○	0857-29-1281	鳥取市大杵204-3	
浜村診療所	○	かかりつけ患者のみ	0857-82-0137	鳥取市気高町勝見660-2	
はまゆう診療所	○	○	0857-51-7800	鳥取市野寺62-1	
林医院	○	○	0858-87-2033	鳥取市用瀬町鷹狩722-1	

注意事項

- 予約は各医療機関へ直接ご連絡ください。なお、医療機関の受付内容は変更されることがあります。
- 接種の日程や、使用するワクチンの種類については、予約時にそれぞれの医療機関にご確認ください。

市町別五十音順 令和8年10月作成

医療機関名	接種可能ワクチン		電話番号	所在地	備考
	インフル	新型コロナ			
はやしクリニック	○	かかりつけ患者のみ	0857-32-2121	鳥取市湖山町南二丁目181-2	
早瀬医院	○	○	0857-23-3357	鳥取市川端五丁目106	
福田整形外科医院	○		0857-26-5121	鳥取市材木町152	
福永医院	○	かかりつけ患者のみ	0857-85-0953	鳥取市青谷町青谷4306-11	
藤崎医院	○		0857-22-4420	鳥取市本町四丁目110	
ふなもとクリニック	○	かかりつけ患者のみ	0857-30-1611	鳥取市古海715-2	
堀内医院	○	○	0857-28-1009	鳥取市湖山町南一丁目623	
本城内科クリニック	○	○	0857-39-1010	鳥取市湯所町二丁目110	
前田医院	○	○	0857-37-0102	鳥取市西品治644-1	
松岡内科	○		0857-31-3111	鳥取市賀露町南一丁目18-16	
松下内科医院	○	かかりつけ患者のみ	0857-21-0002	鳥取市雲山113-1	
まつだ内科医院	○	○	0857-38-4777	鳥取市叶284-1	
宮崎内科医院	○		0857-21-1717	鳥取市吉成二丁目14-33	
宮本医院	○	○	0857-38-1300	鳥取市福部町海士359-7	
みやもと産婦人科医院	○		0857-51-7717	鳥取市叶293-7	
メンタルリカバリーセンター幡病院	入院患者のみ	入院患者・かかりつけ患者のみ	0857-22-2346	鳥取市雲山57	
もとだクリニック	○	○	0857-30-3711	鳥取市国府町宮下1165	
やまもとクリニック	○	かかりつけ患者のみ	0857-50-0066	鳥取市田園町二丁目157	
山本外科内科医院	○	○	0857-23-2064	鳥取市末広温泉町125-2	
山脇医院	○	○	0857-23-1811	鳥取市国府町奥谷一丁目110	
横浜小児科内科医院	かかりつけ患者のみ	かかりつけ患者のみ	0857-21-7000	鳥取市覚寺56-1	
よしだ内科医院	○	かかりつけ患者のみ	0857-31-1118	鳥取市湖山町北六丁目448-1	
吉野・三宅ステーションクリニック	○	○	0857-21-8825	鳥取市扇町176	
よねだクリニック	○	○	0857-37-6123	鳥取市気高町北浜三丁目131-1	
よろずクリニック	○		0857-59-0433	鳥取市美萩野一丁目118-4	
わくしま内科医院	○	○	0857-29-3333	鳥取市松並町一丁目128	
わたなべクリニック	○	かかりつけ患者のみ	0857-50-0071	鳥取市南隈440	
渡辺病院	入院・通院患者のみ	入院・通院患者のみ	0857-24-1151	鳥取市東町三丁目307	
岩美町国民健康保険岩美病院	○	○	0857-73-1421	岩美郡岩美町浦富1029-2	
おくだクリニック	○	○	0857-72-1000	岩美郡岩美町大谷2373-3	
藤田医院	○	○	0857-72-0123	岩美郡岩美町浦富1030-22	
尾崎医院	○	○	0858-76-4000	八頭郡八頭町才代158-5	
柿坂医院	○	○	0858-84-3011	八頭郡八頭町北山47	
岸本内科医院	○	○	0858-76-0076	八頭郡八頭町池田206-1	
瀬川医院	○	○	0858-72-0120	八頭郡八頭町坂田350-3	
田中医院下津黒出張診療所	○	○	0858-74-0658	八頭郡八頭町下津黒26	
中山小児科内科医院	○	○	0858-72-1112	八頭郡八頭町宮谷206-9	
花木こどもクリニック	○		0858-72-0100	八頭郡八頭町宮谷193-1	
若桜柿坂医院	○	○	0858-82-0076	八頭郡若桜町若桜296-1	
わかさ生協診療所	○	○	0858-82-0533	八頭郡若桜町若桜933-1	
国民健康保険智頭病院	○	○	0858-75-3211	八頭郡智頭町智頭1875	
長石医院	○	○	0858-75-1789	八頭郡智頭町智頭1537-6	10月31日まで対応可能

注意事項

- 予約は各医療機関へ直接ご連絡ください。なお、医療機関の受付内容は変更されることがあります。
- 接種の日程や、使用するワクチンの種類については、予約時にそれぞれの医療機関にご確認ください。

市町別五十音順 令和8年10月作成

医療機関名	接種可能ワクチン		電話番号	所在地	備考
	インフル	新型コロナ			
あけしまレディースクリニック	○	○	0858-22-6311	倉吉市幸町507-18	
上野医院	○	○	0858-47-6555	倉吉市東昭和町38	
打吹公園クリニック	○	○	0858-22-3790	倉吉市仲ノ町770	
うなてクリニック	○	○	0858-24-6133	倉吉市宮川町256-2	
大石医院	○	○	0858-28-1100	倉吉市西倉吉町22-10	
大山クリニック	○		0858-28-3821	倉吉市丸山町476-3	
岡本小児科医院	○		0858-22-1051	倉吉市昭和町1丁目61	
音田内科	○	○	0858-22-2328	倉吉市東町435	
介護老人保健施設 ル・サンテリオン	施設入所者のみ	施設入所者のみ	0858-26-3051	倉吉市山根55-233	
垣田病院	○	○	0858-26-5211	倉吉市上井302-1	
門脇内科医院	○	○	0858-26-0607	倉吉市山根586	
北岡病院	○	○	0858-22-3176	倉吉市明治町1031-5	
倉吉シティ内視鏡クリニック	○	○	0858-24-5500	倉吉市伊木215番地3	
倉吉病院	○	○	0858-26-1011	倉吉市山根43	
清水病院	○		0858-22-6161	倉吉市宮川町129	
信生病院	○	○	0858-26-7773	倉吉市清谷町1丁目286	
谷口病院	○	○	0858-26-1211	倉吉市上井町1丁目13	
鳥取県立厚生病院	⊖	⊖	0858-22-8181	倉吉市東昭和町1-50	
鳥飼内科	○	○	0858-23-2822	倉吉市昭和町1丁目62	
西田内科	○	○	0858-26-6205	倉吉市上井町1丁目142	
新田内科クリニック	○	○	0858-48-2132	倉吉市生田360-1	
のぐち内科クリニック	○	○	0858-24-6101	倉吉市上井町1丁目8-5	
野島病院	○	○	0858-22-6231	倉吉市瀬崎町2714-1	
はまよしレディースクリニック	○		0858-27-0701	倉吉市清谷町1丁目248-1	
藤井政雄記念病院	○	○	0858-26-2111	倉吉市山根43-1	
福嶋整形外科医院	○	○	0858-26-2711	倉吉市伊木262-2	
ふくらクリニック	○	○	0858-26-6356	倉吉市山根532	
宮石クリニック	○	○	0858-26-3814	倉吉市福庭町1丁目141	
みらい内科クリニック	○	○	0858-27-1144	倉吉市昭和町2丁目233	
山本内科医院	○	○	0858-22-5455	倉吉市宮川町2丁目76	
アロハこどもクリニック	○		0858-35-5474	湯梨浜町はわい長瀬549-14	
上原整形外科医院	○		0858-35-3811	湯梨浜町はわい長瀬680-13	
介護老人保健施設ル・サンテリオン東郷	施設入所者のみ		0858-32-2570	湯梨浜町野花443-1	
みはらクリニック	○	○	0858-35-2733	湯梨浜町田後222-1	
吉田医院	○	○	0858-34-2020	湯梨浜町泊750	
三朝温泉病院	○	○	0858-43-1321	三朝町山田690	
岡田医院	○	○	0858-53-1155	琴浦町徳万176-2	
せのお小児科内科医院	○	○	0858-55-7100	琴浦町赤碕1984-10	
中本内科医院	⊖	⊖	0858-53-1315	琴浦町八橋1740	
吉中胃腸科医院	○		0858-53-1215	琴浦町丸尾102-1	
赤碕診療所	○	○	0858-55-0624	琴浦町赤碕1920-74	
介護老人保健施設ル・サンテリオン北条		施設利用者、通所リハの者のみ	0858-36-5220	北栄町土下123-1	
高見医院	○	○	0858-36-2011	北栄町国坂720	
宮川医院	○	○	0858-37-2038	北栄町瀬戸45-2	
介護老人保健施設 ハワイ信生苑	施設入所者のみ	施設入所者のみ	0858-35-5211	湯梨浜町はわい温泉58-5	11/1追加

## 65歳以上の方(※)のインフルエンザ予防接種について

(※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。)

## インフルエンザ予防接種を受ける前に必ずお読みください

対象者	①鳥取市民で、65歳以上の方（接種当日に65歳に達している方） ②鳥取市民で、60歳以上65歳未満の方のうち、心臓、腎臓、呼吸器の機能または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（各障がいについて身体障害者手帳1級を有し、または障がいの程度が1級と同程度と証明でる方）		
接種期間	令和8年10月1日～令和9年1月31日（医療機関の休診日を除く。）		
接種回数	1回		
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		標準量	高用量（75歳以上の方のみ）
	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。）	1,300円	2,500円
	世帯員全員が市民税非課税である方	300円	800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1,300円又は2,500円になっている方は、 <u>申請により自己負担額を減額することができます。</u> 詳細は保健所保健医療課にお問い合わせください。		
医療機関に持参する物	鳥取市がお送りする接種券付き予診票、自己負担金 なお、接種期間中に65歳又は60歳に達する方は65歳又は60歳の誕生日（高用量ワクチンについては、接種期間中に75歳に達する方は75歳の誕生日）以降でなければ、この通知による接種は受けられません。		

## 注意事項

1 予防接種法に基づくインフルエンザ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 予防接種を受けてインフルエンザに対する抵抗力がつくまで2週間程度かかり、その効果は約5か月間といわれています。インフルエンザが流行する前に接種を受けておくことが望ましいといわれています。

## インフルエンザとは

インフルエンザは、突然の高熱、頭痛、関節痛、筋肉痛などの全身症状が強く、普通の風邪と同様にのどの痛み、くしゃみ、せきなどの症状もみられます。さらに、気管支炎、肺炎などを併発し、重症化することが多いのが特徴です。

## インフルエンザを予防するために

インフルエンザは、インフルエンザにかかっている人のせき、くしゃみなどで空気中に放出されたウイルスを吸うことによって感染します。外出時は、マスクをし、人込みを避けましょう。帰宅後は、うがい・手洗いをしましょう。

## 予防接種の有効性

インフルエンザワクチンの接種は、高齢者の発症防止や特に重症化防止に有効なことが確認されています。（65歳以上の健康な高齢者に対して行った調査では、発症予防効果は45%、死亡を防止する効果は約80%）

## 予防接種を受けることができない人

- 明らかに発熱（体温が37.5℃以上）のある人
- 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
- インフルエンザワクチンに含まれる成分又は卵などによって、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 今までにインフルエンザの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

5 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

- 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
- 過去にけいれんの既往のある人
- 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
- 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患を有する人
- 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

## その他

- 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。
- 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、インフルエンザに罹患、あるいはより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することはできません。
- 予防接種の後、まれに副反応が起ることがあります。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。

- 極めてまれに、定期の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。

# 65歳以上の方(※)の新型コロナウイルス感染症予防接種について

(※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。)

## 新型コロナウイルス感染症予防接種を受ける前に必ずお読みください

対象者	①鳥取市民で、65歳以上の方(接種当日に65歳に達している方) ②鳥取市民で、60歳以上65歳未満の方のうち、心臓、腎臓、呼吸器の機能または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(各障がいについて身体障害者手帳1級を有し、または障がいの程度が1級と同程度と証明できる方)
接種期間	令和8年10月1日～令和9年1月31日(医療機関の休診日を除く。)
接種回数	1回
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	市民税課税者と同一世帯員の方：4,500円(本人が市民税課税者である場合を含む。) 世帯員全員が市民税非課税である方：1,500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 ※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4,500円になっている方は、 <u>申請により自己負担額を減額することができます</u> 。詳細は保健所保健医療課にお問い合わせください。
医療機関に持参する物	鳥取市がお送りする接種券付き予診票、自己負担金 なお、接種期間中に65歳又は60歳に達する方は、 <u>65歳又は60歳の誕生日以降でなければ、この通知による接種は受けられません。</u>

### 注意事項

- 1 予防接種法に基づく新型コロナウイルス感染症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 予防接種を受けて新型コロナウイルス感染症に対する抵抗力が、つくまで1～2週間程度かかり、**その効果は約5か月間といわれています。新型コロナウイルス感染症が流行する前に接種を受けておくことが望ましいといわれています。**

### 新型コロナウイルス感染症とは

新型コロナウイルス感染症は、熱や咳など風邪によく似た症状がみられます。軽症のまま治癒する人も多い一方、重症化すると、呼吸困難などの肺炎の症状が悪化し、死に至る場合もあります。

### 新型コロナウイルス感染症を予防するために

新型コロナウイルス感染症は、新型コロナウイルス感染症にかかっている人のせき、くしゃみなどで空気中に放出されたウイルスを吸うことによって感染します。外出時は、マスクをし、人込みを避けましょう。帰宅後は、うがい・手洗いをしましょう。

### 予防接種の有効性

新型コロナウイルス感染症ワクチンの接種は、高齢者の発症防止や特に重症化防止に有効なことが確認されています。(65歳以上の健全な高齢者に対して行った調査では、発症予防効果は45%、死亡を防止する効果は約80%)

### 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人
- 3 新型コロナウイルス感染症ワクチンに含まれる成分又は卵などによって、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 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
- 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

#### 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 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、新型コロナウイルス感染症に罹患、あるいは罹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。
- 3 予防接種の後、まれに副反応が起ることがあります。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。
- 4 極めてまれに、定期的予防接種を受けたことにより病気が障がい、死亡など健康被害が起ることがあります。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(高齢者) インフルエンザ予防接種の接種券付き予診票

接種券	
請求先	鳥取県鳥取市
券番号	
氏名	
自己	

**記入例**

※接種日時点で住民票が鳥取市にない方は、この接種券付き予診票は使用できません。  
 ※鳥取市内で転居された方、氏名変更をされた方は、変更箇所にも二重線を引き、余白に変更後の住所や氏名をご記入ください。

フリガナ	トミヤス ジロウ	電話	(090)
氏名	富安 二郎	番号	
生年月日(西暦)	X X X X 年 X X 月 X X 日生(満)	7 5 歳	<input checked="" type="checkbox"/> 男 · <input type="checkbox"/> 女

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
今日のインフルエンザ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 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いますか。 病名 ( <b>高血圧</b> )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
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判断されましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	<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。 具合の悪い症状 ( )	<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はありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
インフルエンザ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。 ( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	<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。 予防接種の種類 ( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
心臓病・腎臓病・肝臓病・血液疾患などがありますか。 病名 ( ) その病気を診てもらっている医師に今日接種してもよいと判断されましたか。	<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	
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	

あてはまるものに✓

あてはまるものがあれば記入

インフルエンザ以外(新型コロナ・肺炎球菌ワクチン等)で接種したものがあれば記入

**インフルエンザ予防接種希望書** (  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  年  月  日

どのワクチンを希望しますか。  
 標準量  高用量

被接種者自署 **富安 二郎**  
 ※代筆の場合も記入

代筆者署名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

(※自署できない場合は、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

同意した日付(接種する日)を記入

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。自署できない場合は代筆者が被接種者氏名を記名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載

医師 記入欄

以上の問診及び診察 (  可能 ·  見合わせる )

本人に対して、接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済について、説明した。

医師記入欄	ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所	医師名
	シール貼付位置	標準量(皮下)・高用量(筋注)		
	※枠に合わせてまっすぐに貼付(注)有効期限が切れていないか確認	<input type="text"/> · <input type="text"/> mL	接種年月日	
	<input type="text" value="2026"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日			

令和 8 年度

新型コロナウイルス感染症予防接種の接種券付き予診票

接種券	
請求先	鳥取県鳥取市
券番号	
氏名	
自己	

**記入例**

※接種日時時点で住民票が鳥取市にない方は、この接種券付き予診票は使用できません。  
 ※鳥取市内で転居された方、氏名変更をされた方は、変更箇所にも二重線を引き、余白に変更後の住所や氏名をご記入ください。

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。

フリガナ	トミヤス ジロウ	電話	(090)
氏名	富安 二郎	番号	日中連絡のとれる電話番号を記入
生年月日(西暦)	X X X X 年 X X 月 X X 日生(満)	6 5 歳	<input checked="" type="checkbox"/> 男 · <input type="checkbox"/> 女

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	<input type="checkbox"/> はい <input 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いますか。 病名 ( 高血圧 )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
治療(投薬など)を受けていま	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
その病気の主治医には、今日の	<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。 具合の悪い症状 ( )	<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はありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
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の際に具合が悪くなったことはありますか。 ( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	<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。 予防接種の種類 ( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
心臓病・腎臓病・肝臓病・血液疾患などの	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
病名 ( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今	<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	
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	

新型コロナウイルス感染症予防接種希望書 (  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。

同意日 2026 年 10 月 01 日

被接種者自署 富安 二郎

代筆者署名 続柄

医師 記入欄 以上の間診及び診 (  可能 ·  見合わせる )

本人に対して、接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済について、説明した。

同意した日付(接種する日)を記入

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。自署できない場合は代筆者が被接種者氏名を記名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載

医師記入欄	ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所 実施場所 医師名
	シール貼付位置	標準量(皮下)・高用量(筋注)	
	※枠に合わせてまっすぐに貼付(注)有効期限が切れていないか確認	. mL	
	接種年月日		
	2026 年 月 日		

【別紙 8】（参考）インフルエンザ予防接種券用封筒（任意（重度の心身障がい者・重症心身障がい児））

窓

**インフルエンザ予防接種の接種券  
付き予診票が入っています。**

料金後納  
郵便

郵便区内特別

**鳥取市保健所保健医療課**

〒680-8571 鳥取市富安二丁目138-4  
鳥取市役所駅南庁舎1F

☎ 0857-30-8640（予防接種推進係）

**各総合支所市民福祉課**

- |                              |                           |                |
|------------------------------|---------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> 国府町 | 〒680-0197 鳥取市国府町宮下1221    | ☎ 0857-30-8654 |
| <input type="checkbox"/> 福部町 | 〒689-0102 鳥取市福部町細川668     | ☎ 0857-30-8664 |
| <input type="checkbox"/> 河原町 | 〒680-1221 鳥取市河原町渡一木277    | ☎ 0858-71-1724 |
| <input type="checkbox"/> 用瀬町 | 〒689-1201 鳥取市用瀬町用瀬832     | ☎ 0858-71-1894 |
| <input type="checkbox"/> 佐治町 | 〒689-1313 鳥取市佐治町加瀬木2519-3 | ☎ 0858-71-1914 |
| <input type="checkbox"/> 気高町 | 〒689-0331 鳥取市気高町浜村282-1   | ☎ 0857-30-8674 |
| <input type="checkbox"/> 鹿野町 | 〒689-0405 鳥取市鹿野町鹿野1517    | ☎ 0857-30-8684 |
| <input type="checkbox"/> 青谷町 | 〒689-0592 鳥取市青谷町青谷667     | ☎ 0857-30-8694 |

【別紙9】(参考)接種券付き予診票(任意(重度の心身障がい者・重症心身障がい児))

令和8年度(重度の心身障がい者・重症心身障がい児)

インフルエンザ予防接種の接種券付き予診票

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください

Form with fields for residence (鳥取県), temperature, name, age, and vaccination period (2026年●月●日～2027年1月31日).

接種券 (Vaccination Certificate) section with fields for requestor (鳥取県鳥取市), name, and vaccination period.

質問事項 (Questions) section with multiple-choice questions about understanding, health status, and previous vaccinations.

インフルエンザ予防接種希望書 (Influenza Vaccination Request Form) section with checkboxes for consent and information about high-dose vaccines.

医師記入欄 (Physician Entry) section for recording the consultation result and vaccination status.

医師記入欄 (Physician Entry) section for recording vaccine name, dosage, and date.

接種前は切り取らないでください

【別紙10】(参考)接種済証台紙(任意(重度の心身障がい者・重症心身障がい児))

〒XXX-XXXX 鳥取県鳥取市●●●●●●

鳥取 太郎 様

(郵便用バーコード印字)

赤字部分は印字データから印字

2026年10月～12月に対象年齢となる者は接種期間の始期を満6か月になる前日とし、それ以外の対象者は10月1日とする。

この用紙ではインフルエンザの予防接種を期間内に1回受けることができます。

接種期間: 2026年●月●日～2027年1月31日

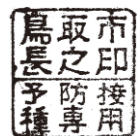
※上記期間以外に接種を受けた場合は、全額自己負担となります。ご注意ください。

- 接種は義務ではありません。ご本人が希望された場合に接種できます。
○この用紙は、「接種券付き予診票」「予防接種済証」「領収書」が一体になっています。
○接種に必要なもの
①接種券付き予診票(この用紙を、切り離さずに医療機関にお持ちください。)
②自己負担額 (印字データ)

接種前は切り取らないでください

インフルエンザ予防接種済証(本人保管)

Fields for recipient name, date of birth, vaccination date, Lot No., and medical institution name.



接種前は切り取らないでください

インフルエンザ予防接種自己負担金領収書

医療機関用

(氏名) 様

(自己負担額)を領収しました。

年 月 日

医療機関名 印

インフルエンザ予防接種自己負担金領収書

本人用

(氏名) 様

(自己負担額)を領収しました。

年 月 日

医療機関名 印

接種前は切り取らないでください

【別紙10】(参考)接種済証台紙(任意(重度の心身障がい者・重症心身障がい児))

〒XXX-XXXX  
鳥取県鳥取市●●●●●●

鳥取 太郎 様

(郵便用バーコード印字)

赤字部分は  
印字データ  
から印字

2026年10月～12月に対象年齢となる者は接種期間の始期を満6か月になる前日とし、それ以外の対象者は10月1日とする。

\*たとえば、2026年5月5日生まれの者は「2026年11月4日～」、2026年3月1日生まれの者は「2026年10月1日～」となる。

重症心身障がい児で13歳になる者の2回目は、終期を誕生日前日とし、それ以外の対象者は2027年1月31日とする。

この用紙ではインフルエンザの予防接種を期間内に複数回受けることができます。

接種期間: 2026年●月●日～2027年1月31日

※上記期間以外に接種を受けた場合は、全額自己負担となります。ご注意ください。

接種は義務ではありません。ご本人が希望された場合に接種できます。

○この用紙は、「接種券付き予診票」「予防接種済証」「領収書」が一体になっています。

○接種に必要なもの

- ①接種券付き予診票(この用紙を、切り離さずに医療機関にお持ちください。)
- ②自己負担額 (印字データ)

接種前は切り取らないでください

インフルエンザ予防接種済証(本人保管)

氏名 (印字データから印字)

生年月日 (印字データから印字)

接種年月日 年 月 日

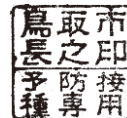
LotNo.

接種医療機関

接種医

印

鳥取市長 深澤 義彦



接種前は切り取らないでください

インフルエンザ予防接種  
自己負担金領収書

医療機関用

(氏名)

様

(自己負担額)を領収しました。

年 月 日

医療機関名

印

インフルエンザ予防接種  
自己負担金領収書

本人用

(氏名)

様

(自己負担額)を領収しました。

年 月 日

医療機関名

印

接種前は切り取らないでください

令和8年度重症心身障がい児・重度心身障がい者  
インフルエンザ予防接種事業実施協力医療機関名簿

【別紙11】(参考)医療機関名簿

注意事項

- 予約は各医療機関へ直接ご連絡ください。なお、医療機関の受付内容は変更されることがあります。
- 接種の日程や、使用するワクチンの種類については、予約時にそれぞれの医療機関にご確認ください。

市町別五十音順 令和8年10月作成

医療機関名	電話番号	所在地	備考
石井内科小児科クリニック	0857-31-1141	鳥取市布勢332-4	
石田医院	0857-85-0258	鳥取市青谷町青谷4032-19	
石谷小児科医院	0857-22-3354	鳥取市上魚町13	
石丸こどもクリニック	0857-26-1400	鳥取市天神町31-2	
イナカ内科医院	0857-24-5167	鳥取市正蓮寺43	
乾医院	0857-84-2250	鳥取市鹿野町鹿野1091-5	
井上医院	0858-87-2755	鳥取市用瀬町用瀬457-6	
いわさわ医院	0857-52-7822	鳥取市若葉台南六丁目23-26	
上田病院	0857-37-1177	鳥取市西町一丁目453	
おおたけ脳神経・漢方内科クリニック	0857-28-7025	鳥取市晩稲437-3	
おおたにこども・ファミリークリニック	0857-51-1221	鳥取市国府町新通り三丁目301-1	
太田原医院	0857-82-0953	鳥取市気高町宝木827-5	
おか内科クリニック	0857-30-2111	鳥取市江津407-2	
岡本医院	0857-53-2028	鳥取市津ノ井258-2	
尾崎病院	0857-28-6616	鳥取市湖山町北二丁目555	
介護老人保健施設まさたみの郷	0857-53-0002	鳥取市杉崎596	入所者のみ
かげしま心臓血管・内科クリニック	0857-30-6733	鳥取市安長257-1	6歳以上
加藤医院	0858-87-2440	鳥取市用瀬町用瀬382	
加藤医院佐治出張診療所	0858-88-0229	鳥取市佐治町加瀬木2235	
岸医院	0858-85-0218	鳥取市河原町河原48	
北室内科医院	0857-26-1433	鳥取市西町三丁目110	
こどもクリニックふかざわ	0857-32-1700	鳥取市南隈565	かかりつけ患者のみ
こばやし内科	0857-51-7373	鳥取市宮長9-1	
栄町クリニック	0857-21-3111	鳥取市栄町211-2	
さとに田園クリニック	0857-30-1515	鳥取市里仁54-2	
塩田医院	0857-30-1110	鳥取市源太101-1	
すえひろ生協診療所	0857-30-6140	鳥取市末広温泉町203	重度心身障がい者のみ
すがクリニック	0857-30-8830	鳥取市湖山町東二丁目140-1	
大覚寺クリニック	0857-26-6123	鳥取市吉成206-1	
竹内内科医院	0857-22-2317	鳥取市本町五丁目202	
田中医院	0857-27-0121	鳥取市浜坂二丁目9-15	
田中医院	0857-85-5050	鳥取市青谷町井手575	
たなかクリニック	0857-24-1101	鳥取市吉方温泉三丁目807	
たなか小児科医院	0857-21-1222	鳥取市興南町76	
谷口医院	0857-22-2332	鳥取市南町425	

注意事項

- 予約は各医療機関へ直接ご連絡ください。なお、医療機関の受付内容は変更されることがあります。
- 接種の日程や、使用するワクチンの種類については、予約時にそれぞれの医療機関にご確認ください。

市町別五十音順 令和8年10月作成

医療機関名	電話番号	所在地	備考
だんばらクリニック	0857-54-1020	鳥取市富安330-1	
鳥取医療センター	0857-59-1111	鳥取市三津876	かかりつけ患者のみ
鳥取北クリニック	0857-32-7111	鳥取市賀露町4012	
鳥取県立中央病院	0857-26-2271 (代表電話) 0857-51-0572 (専用電話)	鳥取市江津730	かかりつけ患者のみ 重症心身障がい児 は、代表電話 重度心身障がい者 は、専用電話
とっとり在宅ケア・漢方クリニック	0857-30-7760	鳥取市吉成南町一丁目27-9	
鳥取市佐治町国民健康保険診療所（医科）	0858-88-0127	鳥取市佐治町加瀬木2171-2	
鳥取市立病院	0857-37-1522	鳥取市市場一丁目1	
鳥取生協病院	0857-24-7251	鳥取市末広温泉町458	重度心身障がい者 のみ
鳥取赤十字病院	0857-24-8111	鳥取市尚徳町117	
内科・消化器内科 片原ごとうクリニック	0857-51-0510	鳥取市片原四丁目111	
中安脳神経・内科クリニック	0857-30-6633	鳥取市松並町二丁目503-7	
野の花診療所	0857-36-0087	鳥取市行徳3丁目431	
橋本外科医院	0857-29-1281	鳥取市大杵204-3	
はまゆう診療所	0857-51-7800	鳥取市野寺62-1	
林医院	0858-87-2033	鳥取市用瀬町鷹狩722-1	
早瀬医院	0857-23-3357	鳥取市川端五丁目106	
福永医院	0857-85-0953	鳥取市青谷町青谷4306-11	
堀内医院	0857-28-1009	鳥取市湖山町南一丁目623	
前田医院	0857-37-0102	鳥取市西品治644-1	
松岡内科	0857-31-3111	鳥取市賀露町南一丁目18-16	
宮崎内科医院	0857-21-1717	鳥取市吉成二丁目14-33	
宮本医院	0857-38-1300	鳥取市福部町海士359-7	
メンタルリカバリーセンター幡病院	0857-22-2346	鳥取市雲山57	入院患者のみ
もとだクリニック	0857-30-3711	鳥取市国府町宮下1165	
山脇医院	0857-23-1811	鳥取市国府町奥谷一丁目110	
横浜小児科内科医院	0857-21-7000	鳥取市覚寺56-1	かかりつけ患者のみ
よしだ内科医院	0857-31-1118	鳥取市湖山町北六丁目448-1	
吉野・三宅ステーションクリニック	0857-21-8825	鳥取市扇町176	慢性腎不全・透析患者 のみ
よろずクリニック	0857-59-0433	鳥取市美萩野一丁目118-4	
渡辺病院	0857-24-1151	鳥取市東町三丁目307	入院・通院患者のみ
岩美町国民健康保険岩美病院	0857-73-1421	岩美郡岩美町浦富1029-2	
おくだクリニック	0857-72-1000	岩美郡岩美町大谷2373-3	
藤田医院	0857-72-0123	岩美郡岩美町浦富1030-22	
岸本内科医院	0858-76-0076	八頭郡八頭町池田206-1	
中山小児科内科医院	0858-72-1112	八頭郡八頭町宮谷206-9	
花木こどもクリニック	0858-72-0100	八頭郡八頭町宮谷193-1	
国民健康保険智頭病院	0858-75-3211	八頭郡智頭町智頭1875	

# 重度の心身障がい者及び重症心身障がい児インフルエンザ予防接種について

## インフルエンザ予防接種を受ける前に必ずお読みください

対象者	①鳥取市民で、65歳未満の重度の心身障がい者（障がい支援区分6の方） ②鳥取市民で、満6か月以上の重症心身障がい児 ※接種期間内において65歳に到達されてから接種をされる場合は、高齢者インフルエンザ事業の対象となります（詳しくはお問い合わせください）。また、6か月未満で接種された場合は助成の対象となりません。
接種期間	令和8年10月1日～令和9年1月31日（医療機関の休診日を除く。）
接種回数	13歳以上：1回 満6か月から13歳未満まで：2回
接種場所	鳥取県東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	市民税課税者と同一世帯員の方：1,300円（本人が市民税課税者である場合を含む。） 世帯員全員が市民税非課税である方：300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 ※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1,300円になっている方は、 <u>申請により</u> 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い合わせください。
医療機関に持参する物	鳥取市がお送りする接種券付き予診票、自己負担金

### 注意事項

- こ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、本人またはその家族、成年後見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。
- 上記期間以外は、市の助成の対象となりませんので、ご注意ください。
- 予防接種を受けてインフルエンザに対する抵抗力がつくまで2週間程度かかり、その効果は約5か月間といわれています。インフルエンザが流行する前に接種を受けておくことが望ましいといわれています。

### インフルエンザとは

インフルエンザは、突然の高熱、頭痛、関節痛、筋肉痛などの全身症状が強く、普通の風邪と同様にのどの痛み、くしゃみ、せきなどの症状もみられます。さらに、気管支炎、肺炎などを併発し、重症化することが多いのが特徴です。

### インフルエンザを予防するために

インフルエンザは、インフルエンザにかかっている人のせき、くしゃみなどで空気中に放出されたウイルスを吸うことによって感染します。外出時は、マスクをし、人込みを避けましょう。帰宅後は、うがい・手洗いをしましょう。

### 予防接種の有効性

インフルエンザワクチンの接種は、発症防止や特に重症化防止に有効なことが確認されています。

### 予防接種を受けることができない人

- 明らかに発熱（体温が37.5℃以上）のある人
- 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
- インフルエンザワクチンに含まれる成分又は卵などによって、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
- 今までにインフルエンザの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

- 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

- 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
- 過去にけいれんの既往のある人
- 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
- 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患を有する人
- 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

### その他

- 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。
- 接種医の説明を十分聞いた上で本人またはその家族、成年後見人が接種を希望しない場合、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、インフルエンザに罹患、あるいは罹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。
- 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。
- 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(重度の心身障がい者・重症心身障がい児)

インフルエンザ予防接種の接種券付き予診票

接種券	
請求先	鳥取県鳥取市
券番号	
氏名	

記入例

※接種日時時点で住民票が鳥取市にない方は、この接種券付き予診票は使用できません。  
 ※鳥取市内で転居された方、氏名変更をされた方は、変更箇所にも二重線を引き、余白に変更後の住所や氏名をご記入ください。

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。

フリガナ	トミヤス シロウ	電話	(090)
氏名	富安 二郎	番号	
生年月日(西暦)	X X X X 年 X X 月 X X 日生(満)	60	歳
		<input checked="" type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女

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 checked="" type="checkbox"/> いいえ	
現在、何らかの病気にかかっていますか。 病名 ( ぜんそく )	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
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( )	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。 具合の悪い症状 ( )	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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はありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
インフルエンザ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。 ( )	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 ( )	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
心臓病・腎臓病・肝臓病・血液疾患などの病気がありませんか。 病名 ( )	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日( )	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ	

インフルエンザ予防接種希望書 (  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。

同意日 2026年10月01日

被接種者自署 富安 二郎

代筆者署名 続柄

医師 記入欄

以上の問診及び診察結果を記載してください。  
 (  可能  見合わせ )

本人に対して、接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済について、説明した。

同意した日付(接種する日)を記入

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。  
 自署できない場合は代筆者が被接種者氏名を記名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載

医師記入欄	ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所 実施場所 医師名
	シール貼付位置 ※枠に合わせてまっすぐに貼付 (注)有効期限が切れていないか確認	. mL	
	接種年月日		
	2026年 月 日		

【別紙13】（参考）インフルエンザ予防接種券用封筒（任意（小児））

窓

### インフルエンザ予防接種の接種券

付き予診票が入っています。

料金後納  
郵便

郵便区内特別

### 鳥取市保健所保健医療課

〒680-8571 鳥取市富安二丁目138-4  
鳥取市役所駅南庁舎1F

☎ 0857-30-8640（予防接種推進係）

### 各総合支所市民福祉課

- |                              |                           |                |
|------------------------------|---------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> 国府町 | 〒680-0197 鳥取市国府町宮下1221    | ☎ 0857-30-8654 |
| <input type="checkbox"/> 福部町 | 〒689-0102 鳥取市福部町細川668     | ☎ 0857-30-8664 |
| <input type="checkbox"/> 河原町 | 〒680-1221 鳥取市河原町渡一木277    | ☎ 0858-71-1724 |
| <input type="checkbox"/> 用瀬町 | 〒689-1201 鳥取市用瀬町用瀬832     | ☎ 0858-71-1894 |
| <input type="checkbox"/> 佐治町 | 〒689-1313 鳥取市佐治町加瀬木2519-3 | ☎ 0858-71-1914 |
| <input type="checkbox"/> 気高町 | 〒689-0331 鳥取市気高町浜村282-1   | ☎ 0857-30-8674 |
| <input type="checkbox"/> 鹿野町 | 〒689-0405 鳥取市鹿野町鹿野1517    | ☎ 0857-30-8684 |
| <input type="checkbox"/> 青谷町 | 〒689-0592 鳥取市青谷町青谷667     | ☎ 0857-30-8694 |

令和8年度(小児)

インフルエンザ予防接種の接種券付き予診票

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください

住民票に記載されている住所	鳥取県	診察前の体温	□□度□分
〒	(印字しない)	電話	( )
氏名	(印字データから印字)	番号	-
生年月日(西暦)	X X X X年 X X月 X X日生(満□□□歳)	性別	□男・□女

接種券	
請求先	鳥取県鳥取市
券番号	(印字データから印字)
氏名	(印字データから印字)
自己負担額	(印字データから印字)
接種期間	2026年●月●日～ 2027年1月31日

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説明書を読みましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input 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いますか。 病名( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	<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。 具合の悪い症状( )	<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はありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
インフルエンザ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。 ( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	<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。 予防接種の種類( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<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	
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	

**インフルエンザ予防接種希望書** (  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 2022年□月□日

被接種者氏名	
保護者自署	続柄

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の接種は ( <input type="checkbox"/> 可能 ・ <input type="checkbox"/> 見合わせる ) 本人に対して、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	押印欄
-------	---	------------	-----

医師記入欄	ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所
	シール貼付位置	□. □ mL	医師名
	※枠に合わせてまっすぐに貼付 (注)有効期限が切れていないか確認		
	接種年月日		
	2022年□月□日		

接種前は切り取らないでください

〒XXX-XXXX  
鳥取県鳥取市●●●●●●

赤字部分は  
印字データ  
から印字

鳥取 太郎 様

(郵便用バーコード印字)

2026年10月～12月に対象年齢となる者は接種期間の始期を満6か月になる前日とし、それ以外の対象者は10月1日とする。  
\*たとえば、2026年5月5日生まれの者は「2026年11月4日～」、2026年3月1日生まれの者は「2026年10月1日～」となる。

この用紙ではインフルエンザの予防接種を期間内1回受けることができます。

接種期間: 2026年●月●日～2027年1月31日

※上記期間以外に接種を受けた場合は、全額自己負担となります。ご注意ください。

接種は義務ではありません。ご本人が希望された場合に接種できます。

○この用紙は、「接種券付き予診票」「予防接種済証」「領収書」が一体になっています。

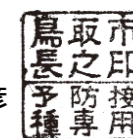
○接種に必要なもの

- ①接種券付き予診票(この用紙を、切り離さずに医療機関にお持ちください。)
- ②自己負担金

接種前は切り取らないでください

インフルエンザ予防接種済証(本人保管)

氏名 (印字データから印字)  
生年月日 (印字データから印字)  
接種年月日 年 月 日  
LotNo.  
接種医療機関  
接種医 印 鳥取市長 深澤 義彦



接種前は切り取らないでください

インフルエンザ予防接種自己負担金領収書

医療機関用

(氏名) 様

円を領収しました。

年 月 日

医療機関名

印

インフルエンザ予防接種自己負担金領収書

本人用

(氏名) 様

円を領収しました。

年 月 日

医療機関名

印

接種前は切り取らないでください

〒XXX-XXXX  
鳥取県鳥取市●●●●●●

鳥取 太郎 様

(郵便用バーコード印字)

赤字部分は  
印字データ  
から印字

2026年10月～12月に対象年齢となる者は接種期間の始期を満6か月になる前日とし、それ以外の対象者は10月1日とする。  
\*たとえば、2026年5月5日生まれの者は「2026年11月4日～」、2026年3月1日生まれの者は「2026年10月1日～」となる。

この用紙ではインフルエンザの予防接種を期間内に受け付けることができます。

接種期間: 2026年●月●日～2027年1月31日

※上記期間以外に接種を受けた場合は、全額自己負担となります。ご注意ください。

接種は義務ではありません。ご本人が希望された場合に接種できます。

○この用紙は、「接種券付き予診票」「予防接種済証」「領収書」が一体になっています。

○接種に必要なもの

- ①接種券付き予診票(この用紙を、切り離さずに医療機関にお持ちください。)
- ②自己負担金

接種前は切り取らないでください

インフルエンザ予防接種済証(本人保管)

氏名 (印字データから印字)

生年月日 (印字データから印字)

接種年月日 年 月 日

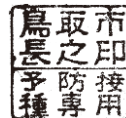
LotNo.

接種医療機関

接種医

印

鳥取市長 深澤 義彦



接種前は切り取らないでください

インフルエンザ予防接種  
自己負担金額収書

医療機関用

(氏名)

様

円を領収しました。

年 月 日

医療機関名

印

接種前は切り取らないでください

インフルエンザ予防接種  
自己負担金額収書

本人用

(氏名)

様

円を領収しました。

年 月 日

医療機関名

印

## 令和8年度小児インフルエンザ予防接種事業実施協力医療機関名簿

【別紙16】（参考）医療機関名簿

### 注意事項

- 予約は各医療機関へ直接ご連絡ください。なお、医療機関の受付内容は変更されることがあります。
- 接種の日程や、使用するワクチンの種類については、予約時にそれぞれの医療機関にご確認ください。

市町別五十音順 令和8年10月作成

医療機関名	電話番号	所在地	備考
麻木クリニック	0857-23-3387	鳥取市松並町二丁目502-1	
石井内科小児科クリニック	0857-31-1141	鳥取市布勢332-4	
石田医院	0857-85-0258	鳥取市青谷町青谷4032-19	
石谷小児科医院	0857-22-3354	鳥取市上魚町13	
石丸こどもクリニック	0857-26-1400	鳥取市天神町31-2	
イナカ内科医院	0857-24-5167	鳥取市正蓮寺43	
乾医院	0857-84-2250	鳥取市鹿野町鹿野1091-5	
井上医院	0858-87-2755	鳥取市用瀬町用瀬457-6	
いwasawa医院	0857-52-7822	鳥取市若葉台南六丁目23-26	
上田病院	0857-37-1177	鳥取市西町一丁目453	
延寿の杜ホームクリニック	0857-30-6901	鳥取市賀露町4162	
おおたけ脳神経・漢方内科クリニック	0857-28-7025	鳥取市晩稲437-3	
おおたにこども・ファミリークリニック	0857-51-1221	鳥取市国府町新通り三丁目301-1	
太田原医院	0857-82-0953	鳥取市気高町宝木827-5	
おか内科クリニック	0857-30-2111	鳥取市江津407-2	
岡本医院	0857-53-2028	鳥取市津ノ井258-2	
荻原医院	0858-85-0454	鳥取市河原町長瀬82-1	
おくだこどもクリニック	0857-31-2222	鳥取市湖山町東三丁目67	
かげしま心臓血管・内科クリニック	0857-30-6733	鳥取市安長257-1	6歳以上
加藤医院	0858-87-2440	鳥取市用瀬町用瀬382	
加藤医院佐治出張診療所	0858-87-2440	鳥取市佐治町加瀬木2235	
岸医院	0858-85-0218	鳥取市河原町河原48	
北室内科医院	0857-26-1433	鳥取市西町三丁目110	
クリニック陽まり	0857-30-1525	鳥取市南吉方三丁目522	
こどもクリニックふかざわ	0857-32-1700	鳥取市南隈565	かかりつけ患者のみ
こばやし内科	0857-51-7373	鳥取市宮長9-1	
栄町クリニック	0857-21-3111	鳥取市栄町211-2	
さくらレディースクリニック田園町	0857-25-4103	鳥取市田園町二丁目155	
ささき皮フ科整形外科クリニック	0857-24-8100	鳥取市岩倉452-30	
さとに田園クリニック	0857-30-1515	鳥取市里仁54-2	
塩田医院	0857-30-1110	鳥取市源太101-1	
庄司医院分院	0857-28-2611	鳥取市湖山町北一丁目547	
すがクリニック	0857-30-8830	鳥取市湖山町東二丁目140-1	
せいきょう子どもクリニック	0857-27-2211	鳥取市末広温泉町566	
大覚寺クリニック	0857-26-6123	鳥取市吉成206-1	
竹内内科医院	0857-22-2317	鳥取市本町五丁目202	
竹田内科医院	0857-22-4320	鳥取市本町二丁目109	12/14追加
田中医院	0857-27-0121	鳥取市浜坂二丁目9-15	

注意事項

- 予約は各医療機関へ直接ご連絡ください。なお、医療機関の受付内容は変更されることがあります。
- 接種の日程や、使用するワクチンの種類については、予約時にそれぞれの医療機関にご確認ください。

市町別五十音順 令和8年10月作成

医療機関名	電話番号	所在地	備考
田中医院	0857-85-5050	鳥取市青谷町井手575	
たなか小児科医院	0857-21-1222	鳥取市興南町76	
谷口医院	0857-22-2332	鳥取市南町425	
だんばらクリニック	0857-54-1020	鳥取市富安330-1	
千代水の森おなかと内科のクリニック	0857-50-0743	鳥取市千代水二丁目97	6歳以上
寺岡医院	0857-57-0108	鳥取市吉岡温泉町135-3	
鳥取医療生協鹿野温泉病院	0857-84-2311	鳥取市鹿野町今市242	
鳥取医療センター	0857-59-1111	鳥取市三津876	かかりつけ患者のみ
鳥取県立中央病院	0857-26-2271	鳥取市江津730	かかりつけ患者のみ
鳥取市佐治町国民健康保険診療所（医科）	0858-88-0127	鳥取市佐治町加瀬木2171-2	
鳥取市立病院	0857-37-1522	鳥取市の場一丁目1	
鳥取赤十字病院	0857-24-8111	鳥取市尚徳町117	
内科・消化器内科 片原ごとうクリニック	0857-51-0510	鳥取市片原四丁目111	
なわだ内科クリニック	0857-25-1155	鳥取市青葉町三丁目101-2	
西尾内科クリニック	0857-26-6070	鳥取市岩倉446-23	
野の花診療所	0857-36-0087	鳥取市行徳三丁目431	小学生以上
橋本外科医院	0857-29-1281	鳥取市大杵204-3	
はまゆう診療所	0857-51-7800	鳥取市野寺62-1	
林医院	0858-87-2033	鳥取市用瀬町鷹狩722-1	
はやしクリニック	0857-32-2121	鳥取市湖山町南二丁目181-2	
早瀬医院	0857-23-3357	鳥取市川端五丁目106	小学生以上
福永医院	0857-85-0953	鳥取市青谷町青谷4306-11	
堀内医院	0857-28-1009	鳥取市湖山町南一丁目623	
本城内科クリニック	0857-39-1010	鳥取市湯所町二丁目110	
前田医院	0857-37-0102	鳥取市西品治644-1	
松岡内科	0857-31-3111	鳥取市賀露町南一丁目18-16	
宮本医院	0857-38-1300	鳥取市福部町海士359-7	
もとだクリニック	0857-30-3711	鳥取市国府町宮下1165	
山脇医院	0857-23-1811	鳥取市国府町奥谷一丁目110	
よねだクリニック	0857-37-6123	鳥取市気高町北浜三丁目131-1	
よろずクリニック	0857-59-0433	鳥取市美萩野一丁目118-4	
わくしま内科医院	0857-29-3333	鳥取市松並町一丁目128	
渡辺病院	0857-24-1151	鳥取市東町三丁目307	入院・通院患者のみ
岩美町国民健康保険岩美病院	0857-73-1421	岩美郡岩美町浦富1029-2	
おくだクリニック	0857-72-1000	岩美郡岩美町大谷2373-3	
藤田医院	0857-72-0123	岩美郡岩美町浦富1030-22	
岸本内科医院	0858-76-0076	八頭郡八頭町池田206-1	
瀬川医院	0858-72-0120	八頭郡八頭町坂田350-3	
中山小児科内科医院	0858-72-1112	八頭郡八頭町宮谷206-9	
花木こどもクリニック	0858-72-0100	八頭郡八頭町宮谷193-1	
わかさ生協診療所	0858-82-0533	八頭郡若桜町若桜933-1	
国民健康保険智頭病院	0858-75-3211	八頭郡智頭町智頭1875	

# 小児インフルエンザ予防接種について

## インフルエンザ予防接種を受ける前に必ずお読みください

対象者	満6か月から小学6年生までの小児 ※6か月未満で接種された場合は助成の対象となりません。
接種期間	令和8年10月1日～令和9年1月31日（医療機関の休診日を除く。）
接種回数	2回
助成回数	1回（1回目の接種のみ）
接種場所	鳥取県東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	予防接種に係る費用から2,320円（上限）を差し引いた金額
医療機関に持参する物	鳥取市がお送りする接種券付き予診票、自己負担金

### 注意事項

- こ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、本人またはその家族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。
- 上記期間以外は、市の助成の対象となりませんので、ご注意ください。
- 予防接種を受けてインフルエンザに対する抵抗力がつくまで2週間程度かかり、その効果は約5か月間といわれています。インフルエンザが流行する前に接種を受けておくことが望ましいといわれています。

### インフルエンザとは

インフルエンザは、突然の高熱、頭痛、関節痛、筋肉痛などの全身症状が強く、普通の風邪と同様にのどの痛み、くしゃみ、せきなどの症状もみられます。さらに、気管支炎、肺炎などを併発し、重症化することが多いのが特徴です。

### インフルエンザを予防するために

インフルエンザは、インフルエンザにかかっている人のせき、くしゃみなどで空気中に放出されたウイルスを吸うことによって感染します。外出時は、マスクをし、人込みを避けましょう。帰宅後は、うがい・手洗いをしましょう。

### 予防接種の有効性

インフルエンザワクチンの接種は、発症防止や特に重症化防止に有効なことが確認されています。

### 予防接種を受けることができない人

- 明らかに発熱（体温が37.5℃以上）のある人
- 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
- インフルエンザワクチンに含まれる成分又は卵などによって、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
- 今までにインフルエンザの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
- 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

- 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
- 過去にけいれんの既往のある人
- 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
- 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患を有する人
- 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

### その他

- 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。
- 接種医の説明を十分聞いた上で本人またはその家族が接種を希望しない場合、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、インフルエンザに罹患、あるいは罹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。
- 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。
- 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⑫窓口） 電話 0857-30-8640

●各総合支所市民福祉課

令和8年度(小児)

インフルエンザ予防接種の接種券付き予診票

接種券	
請求先	鳥取県鳥取市
券番号	
氏名	

記入例

※接種日時点で住民票が鳥取市にない方は、この接種券付き予診票は使用できません。  
 ※鳥取市内で転居された方、氏名変更をされた方は、変更箇所<sup>①</sup>に二重線を引き、余白に変更後の住所や氏名をご記入ください。

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。

フリガナ	トミヤス シロウ	電話	(090) 〇〇〇-〇〇〇〇〇
氏名	富安 二郎	番号	
生年月日(西暦)	X X X X 年 X X 月 X X 日生(満)	10 歳	<input checked="" type="checkbox"/> 男 · <input type="checkbox"/> 女

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説明書を読みましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input 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いますか。 病名 ( 中耳炎 )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか。 その病気の主治医には、今日の予防接種を避けたいと告げられましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	<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。 具合の悪い症状 ( )	<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はありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
インフルエンザ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。 ( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	<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。 予防接種の種類 ( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
心臓病・腎臓病・肝臓病・血液疾患など( ) 病名 ( ) その病気を診てもらっている医師に今日( )	<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	
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	

インフルエンザ予防接種希望書 (  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 2026 年 10 月 01 日

被接種者氏名	富安 二郎		
保護者自署	富安 一郎	続柄	父

医師記入欄	以上の問診及び診察 ( <input type="checkbox"/> 可能 · <input type="checkbox"/> 見合わせる )	同意した日付(接種する日)を記入	保護者が署名し、続柄を記載	押印欄
-------	--	------------------	---------------	-----

医師記入欄	ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所	
	シール貼付位置	〇. 〇 mL	医師名	
	※枠に合わせてまっすぐに貼付 (注)有効期限が切れていないか確認			
	接種年月日			
	2026 年 〇 月 〇 日			