

高齢者

新型コロナウイルスワクチン

予防接種のお知らせ

令和6年10月1日～ 令和7年3月31日まで

対象者は①満65歳以上の方。

② 満60歳～64歳で法定障害のある方です。

定期接種対象の方にはこの通知が届きます。
接種をご希望の方は必要事項をご記入の上、お持ちください。

②の対象の方は世田谷保健所に申し込みが必要です。

世田谷保健所感染症対策課：☎5432-2437



令和6年度 新型コロナウイルス感染症予防接種予診票		世田谷区	
生年月日	(西暦)	性別	備考
世田谷区内に転居した場合は、転居先の保健所等で接種券をもらってください。 また、区内転居や転居後に転居先が変更された場合は、申請までお持ちください。		接種対象者	自己負担額
住所		③満65歳以上の方 ④64歳の方は55歳の誕生日前日から対象です ⑤満60～64歳で法定の障害のある方	
氏名		接種期間 令和6年10月1日(火)～令和7年3月31日(月) (東京都および横浜・関西・三重等の指定医療機関で使用できます。接種期間を過ぎた場合は、この予診票は使用できません。)	
以下の内容の質問項目に必要事項を記入し、回答欄のどちらかに○をつけてください。			
	質問票の項目	回答	医師記入欄
1	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。	はい	はい
	②その際に副作用がなかったことありますか。	はい	はい
	③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せんか。	はい	はい
2	今日受ける新型コロナウイルス感染症の予防接種について、何らかの疑問をもちましたか。	はい	はい
3	今日の予防接種の意義や副反応などについて理解しましたか。	はい	はい
4	今日、病に罹りかかっていますか。	はい	はい
	自分の悪い症状を教えてください。		
5	最近1か月以内に熱が出たり、病気がかかったりしましたか。	はい	はい
	病名		
6	心臓病、腎臓病、肝臓病、血糖値異常などの慢性疾患にかかっていますか。	はい	はい
	病名		
	その病気を治療中である医師が今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい	はい
7	現在、ほかに何か病気がかかっていますか。病名	はい	はい
	医師(「予防接種の意義や副反応など」を)受けていますか。	はい	はい
	その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい	はい
8	ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい	はい
9	重やれ病で、皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	はい
10	1か月以内に予防接種を受けましたか。予防接種の種別	はい	はい
11	今日の予防接種について質問がありますか。	はい	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()実施できる・見合わせた方がよい)と判断します。 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種後観察指針について、説明をしました。 医師署名又は記名押印			
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について理解した上で、接種を希望しますか。 ()接種を希望します・接種を希望しません			
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、本予防接種予診票の提出に同意されることに同意します。			
(西暦)	年	月	日
接種者署名		接種者氏名	
代印者署名		代印者氏名	
使用ワクチン			
接種量	実施機関名・住所・電話番号		
接種回数	接種医師名		
左・右	接種年月日(西暦)		

ワクチンの在庫等により予約が必要な場合もございます。
詳しくは当院スタッフまでお問い合わせください。

高齢者新型コロナウイルスワクチン お知らせ



令和6年度



対象者

①、②のいずれかに該当する方（令和7年3月31日時点）

① **満65歳以上**の方

※64歳の方は、65歳の誕生日の前日から接種可能

⇒**お手元に届いた予診票をお使いください**

② **満60歳以上65歳未満**の方で、心臓、腎臓、呼吸器、免疫の機能に障害がある方のうち、1級相当の身体障害者手帳をお持ちの方

⇒**世田谷保健所感染症対策課に予診票のお申し込みが必要**です



接種期間

令和6年10月1日（火）

～ 令和7年**3月31日**（月）



自己負担額

2,500円

※生活保護または中国残留邦人等支援給付受給中の方は、自己負担なし



実施場所

都内23区・狛江市・調布市・三鷹市の指定医療機関

【お問い合わせ先】 世田谷保健所 感染症対策課

☎ 03-5432-2437 (世田谷区予防接種コールセンター) FAX 03-5432-3022

