ＦＡＸ送信先
保健福祉部保健衛生課
ＦＡＸ　０９４４－４１－２６７５

令和８年度定期予防接種に係る意向調査

医療機関所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　医 療 機 関 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電　話　番　号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　問合せ担当者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

実施する予防接種に〇を。実施はするが市の HP 等に公開したくない（かかりつけ患者のみ実施）
予防接種に△を記入してください。 実施しない予防接種は何も記入せず『空欄』でお願いします。

3種混合	5種混合	2種混合	不活化ポリオ

麻しん風しん混合	麻しん	風しん	日本脳炎

BCG	子宮頸がん	ヒブ	小児肺炎球菌

B型肝炎	水痘	ロタ	妊婦向け RS ウイルス（※1 対象者）

インフルエンザ（※2）（65 歳以上）	新型コロナ（65 歳以上）	高齢者肺炎球菌（65歳のみ）	帯状疱疹（※3 対象者）	
			ビケン	シングリックス

※1 妊婦向け RS ウイルス予防接種の対象者は接種日当日に妊娠28週0日～36週6日の妊婦
※2 今回の調査に『高用量インフルエンザワクチン』については含まれません。別途調査します。
※3 令和 8 年の帯状疱疹予防接種の対象者は令和 8 年度中に 65 歳、70 歳、75 歳、80 歳、85 歳、90 歳、95 歳、100 歳を迎える者。