

令和8年度港区高齢者インフルエンザ予防接種実施の手引き

1 目的

高齢者区民におけるインフルエンザ感染症の発病や重症化の防止を目的とします。

2 実施方法

港区と一般社団法人東京都港区医師会との委託契約により実施します。

定期予防接種B類疾病に該当しますので港区及び他の22区が協定を結んで実施します。
また、他区（22区）民が接種を希望する場合がありますので対象者等を確認の上、受け入れていただきますようお願いいたします。

3 対象者

（1）接種時点で65歳以上の人（昭和37年1月1日までに生まれた人）

※実施期間中に65歳になる64歳の人にも郵送します。予診票右上の有効期間を確認し、必ず接種日当日、65歳以上であることの確認をお願いします。（65歳の誕生日の前日から接種可能です。）

64歳で接種した場合は委託料の支払いができませんのでご注意ください。

（2）接種時点で60歳以上65歳未満の人（昭和36年10月3日から昭和42年1月1日生まれ）で、心臓・じん臓・呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害のいずれかの障害等級が1級の身体障害者手帳を所持している人

※該当する人に予防接種予診票等を郵送します。

3対象者(1)と同様に必ず接種日当日、60歳以上であることの確認をお願いします。（60歳の誕生日の前日から接種可能です。）

※59歳で接種した場合は委託料の支払いができませんのでご注意ください。

4 予防接種の実施期間および時間

（1）期 間 **令和8年9月24日（木）から令和9年1月31日（日）まで**

（2）時 間 各実施医療機関の診療時間

※接種期間が新型コロナウイルス感染症予防接種と異なりますのでご注意ください。

※インフルエンザの流行スピードが例年より早いため、今年度の実施開始期間について、港区は1週間早めて9月24日（木）開始としています。一方、新型コロナウイルス感染症予防接種は10月1日から実施開始です。したがって、9月中はインフルエンザ予防接種と新型コロナウイルス感染症予防接種の同時接種はできません。また、他の22区については自治体によって実施開始日が異なります。港区民以外の他区民が9月中に来院した場合は、各自治体が定めた接種期間ではないことがありますので十分ご注意ください。

裏面あり

5 予防接種実施場所

令和8年度港区高齢者インフルエンザ予防接種実施医療機関

6 周知方法

港区は、対象者にお知らせ、実施医療機関名簿、予診票を9月末頃※に郵送で個別通知します。また、広報みなと9月15日号にも掲載します。

※今年度 65 歳になる11月生まれの方は10月末、12月生まれ及び昭和37年 1 月1日生まれの方は11月末に予診票を送付します。

7 予防接種予診票について

(1) 23 区の予診票の枠の色は、「みずいろ」で、港区では3枚複写です。1枚目は請求用、2枚目は医療機関控、3枚目は本人控で接種済証となります。3枚目の本人控は接種後、被接種者へお渡しください。

※港区では予診票に該当年度の数字を透かし文字で印刷しています。**必ず、「令和8年度」の透かし文字表記のある予診票を使用してください。(別添予診票見本参照)**

※予診票の有効期間の欄について、65歳以上の港区民は10月1日からとなっても9月24日(木)から予防接種できます。**ただし、今年65歳になる昭和36年10月2日生まれの方は、予診票の有効期間が10月1日となっても、9月中に予防接種できませんのでご注意ください。また、昭和36年9月26日～10月1日生まれの方が9月中に接種する場合は接種日にご注意ください。**

(2) 対象の接種希望者が接種当日に予診票を持参していない場合は、区の助成を受けることができませんので、予約受付時等にご案内ください。紛失・未着等の場合にはみなと保健所へ連絡をして、予診票を受領してから接種をするようにお伝えください。

なお、**接種後に予診票を再発行することはできませんので、ご注意ください。**

(3) 本人確認をする際に接種当日に港区在住であることを必ず確認してください。

(4) 予診票は、鉛筆や消せるボールペンで記入しないよう接種者にご案内ください(予診票にも注意書きを記載しました)。予診票を記入して医療機関に来院された場合は、鉛筆や消せるボールペンを使っていないか確認をお願いします。

(5) 接種を見合わせたときは、予診票は被接種者にお返しください。また、有効期間内において、次回接種するときに使用できる旨をお伝えください。

8 予防接種方法

定期予防接種は、期間中に1回のみです。被接種者は実施医療機関に「高齢者インフルエンザ予防接種予診票」を持参して接種を受けます。接種方法については、「B類疾病予防接

種ガイドライン」及び「定期接種実施要領」に沿って実施してください。

※高用量インフルエンザHAワクチンは公費対象のワクチンではありません。

公費対象のワクチンは標準量インフルエンザHAワクチンのみですのでご注意ください。

9 被接種者の自己負担について

(1) 港区民は、全額公費負担による無料接種となりますので、窓口で徴収する自己負担金はありません（港区発行予診票右上に「無料」と表記）。

(2) 他区（22区）民は、予防接種予診票に「無料」、「免除」などの表示がない場合は、被接種者の自己負担金として2,500円を医療機関の窓口で徴収します。

※他区市町村、東京都下市町村にお住まいの人は、原則、公費負担のない任意接種（自費）となります（予防接種実施依頼書持参の場合を除く）。23区外にお住まいの市町村が発行した予診票を持参しても使用できません。

10 委託料単価（事業終了後、区から委託料としてお支払いする金額）

委託料単価は、各医療機関宛に9月8日に郵送しました、「令和8年度港区高齢者インフルエンザ予防接種実施の手引き」又は「実施報告書兼請求書」をご確認ください。

11 事務手続き

(1) 予防接種期間終了後、予診票の「請求用」をとりまとめ、「予防接種事業実施報告書兼請求書」を添えて、令和9年2月8日（月）までに港区医師会事務局へ提出してください。

(2) 港区医師会事務局は、(1)の内容を確認の上、港区へ予診票の「請求用」を提出すると同時に委託料の請求をします。

(3) 港区は、提出された請求用予診票等を確認・点検し、令和9年4月下旬（予定）に各医療機関へ委託料をお支払いします。

12 請求時の注意事項

(1) 予診票の各項目は、健康被害補償の審査時に必要な情報ですので、ロットナンバーや、接種日、医師署名又は記名押印、被接種者の署名、代筆の場合は被接種者及び代筆者の署名など、記入漏れのないようお願いします（別紙「予診票確認時の注意事項について（点検マニュアル）」をご参照ください）。ロットナンバーは誤記を防ぐため、ロットシールを貼付していただきますようお願いします。

(2) 下記の場合は、委託料の支払いができませんのでご注意ください。

- ・接種期間（令和8年9月24日から令和9年1月31日）以外の接種
- ・接種日現在、65歳未満（障害者区分の対象者については60歳未満）での接種

※予診票の右上に有効期間を記載していますので必ず確認してください。

裏面あり

- ・有効期限が切れているワクチンの接種
- ・予診票「請求用」での提出がない場合
- ・旧年度の予診票を使用しての接種（「令和８年度」の予診票の透かし文字を確認）
- ・その他、定期予防接種の規定を守らない接種

【問合せ】 みなと保健所 保健予防課保健予防係

電話 03-6400-0081 担当 後藤・高木

港区高齢者インフルエンザ予診票
見 本 3枚1組

※鉛筆、消せるボールペンは使えません。

1 枚目 請求用

委託料の請求時に提出します。

透かし文字「令和8年度」があることを必ず確認してください。

2枚目 医療機関控用

医療機関の控です。医療機関で保管してください。

3枚目 本人控用 接種済証
接種者へ渡してください。

令和 8年度 高齢者インフルエンザ予防接種予診票			(請求用)	港 区
			〒 区 から 令和9年1月31日 まで	
※(後欄64頁)の生誕日を記入した日から接種可能。予約番号のない有効期限を要確認。 〒下の市内の有効期間に必ず申請書を送付し、返答依頼のどちらかに○をつけてください。			※(注)各項目は希望通りではありません。※(注)右側の記入欄は、 高齢者に限らずご活用下さい。(この書類は郵送可能です。)	
受ける人の名前 生年月日 () 性別			医師の氏名 診療科の係長	電話 度 分
1 インフルエンザの予防接種を受けたいことがありますか。 ①その都に賛成が高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機会に高くなったことはありますか。 2 今日受けるインフルエンザの予防接種について、返からの告知らせを読みましたか。 3 今日の手当料の知見や前回の通知などについて理解しましたか。 4 平日、休日に限ったことになりましたか。 以上の事項に同意を述べていますか。			はい 又は いいえ	はい 又は いいえ
5 最近1か月以内に熱がたり、病気ににかかったりしましたか。 病名 ()			はい 又は いいえ	
6 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 () その病気を認めてもらっている医士に今日の予防接種を受けてまいといわれましたか。			はい 又は いいえ	はい 又は いいえ
7 現在、ほかの病気にかかっていませんか。 治療 (ステロイド剤やその他の薬品など) を使っていますか。 その病気の治療には、今日の予防接種を受けるべきといわれましたか。			はい 又は いいえ	はい 又は いいえ
8 免疫不全と診断されたことがありますか。 おきづけ (いけいん) を絶たせたことがありますか。			はい 又は いいえ	はい 又は いいえ
10 重く急性 (急性) 腎臓病、重症下痢や急死にともなう、他の病気の高くなったことがありますか。			はい 又は いいえ	はい 又は いいえ
11 1年以上前に予防接種を受けたか。予防接種名 () 接種日 /			はい 又は いいえ	はい 又は いいえ
12 今日の手当料について質問がありますか。			はい 又は いいえ	はい 又は いいえ
医師記入欄 ※ 以上の内容及び検査の結果、今日の手当料は () であることが - 見合えばよいと判断します。 本人に対して、予防接種の効果、反応及び予防接種標準料金徴収制度について、説明をしました。				
医師署名又は記名押印				
インフルエンザ予防接種希望希望 (必ず医師の診断の結果、接種が可能と判断した後に記入してください)。この予診票は、医師の署名 (安全性の確保のために必要です)。このことを理解の上、本予防接種予診票が区に提出されたことを同意します。				
(西暦) 年 月 日			接種場所署名 代表者 氏名 姓 名	郵便 (住所) 〒
(注) 以下の内容に同意する場合は「同意」欄に「○」を記入し、不同意の場合は「拒否」欄に「○」を記入してください。				
使用ワクチン		接種量	実施施設・接種方法名・接種年月日	
Lot No.		0.5ml	実施施設名・市町村・電話番号	
		接種回	接種方法名	
		左・右	接種年月日 (西暦) 年 月 日	
(注) 有効期限が切れたら新しいものを換える。				

[illegible]

令和8年度 高齢者インフルエンザ予防接種（接種済証）		(本人控)	港区
		無 効	
住所 〒 市町村に所属していただき、接種は必ず下記にしてください。  東京都港区		接種済証 令和8年1月31日 からまで	
() () () 性別			
※65歳の誕生日の前日から接種可能。予約票右上の有効期限を要確認。(注)休日は診療できません。※当日は医師の記入欄目に必要事項を記入し、両便箋のどちらかに○をつけてください。			
接種者の氏名	日	時	分
接種を受けたことがありますか。	はい/えい	はい/えい	はい/えい
具合が悪くなったことはありませんか。	はい/えい	はい/えい	はい/えい
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せんか。	はい/えい	はい/えい	はい/えい
「インフルエンザの予防接種について、区からのお知らせを読みましたか。」	はい/えい	はい/えい	はい/えい
接種後の効果や副反応などについて理解しましたか。	はい/えい	はい/えい	はい/えい
に具合が悪いところがありますか。	はい/えい	はい/えい	はい/えい
悪い症状を教えてください。	はい/えい	はい/えい	はい/えい
1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。	はい/えい	はい/えい	はい/えい
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。	はい/えい	はい/えい	はい/えい
治療を受けている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい/えい	はい/えい	はい/えい
他に何の病気にかかっていませんか。病名	はい/えい	はい/えい	はい/えい
プロイド剤その他の物の使用などを受けていますか。	はい/えい	はい/えい	はい/えい
の上投薬には、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい/えい	はい/えい	はい/えい
と診断されたことはありませんか。	はい/えい	はい/えい	はい/えい
(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい/えい	はい/えい	はい/えい
接種後、腫れたり皮膚で発疹が現れたりしない限り、他の具合が悪くなったことがありませんか。	はい/えい	はい/えい	はい/えい
に予防接種を受けましたか。予防接種名	接種日 /	はい/えい	はい/えい
接種場所について質問がありますか。	はい/えい	はい/えい	はい/えい
接種結果 及び接種の結果、今日の予防接種は（実施される・見合わせはうがい）と判断します。 て、予防接種の効果、副反応又は接種後異常症徴候度について、説明をしました。			
医療従事者又は記名押印			
ザ予防接種希望書（※免疫の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。） ・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。 は、予防接種の安全性の確保を目的としています。 理解の上、本予防接種予診券が区に提出することに同意します。			
年	月	日	接種希望者名
			代筆者氏名
			職柄
(白紙または寸法が異なる者が接種票を記入し署名し、代筆者氏名及び接種場所と診療科目を記載)			
ワクチン	接種量	実施場所	接種年月日
	Q, 5ml	実施機関名・住所・電話番号	
	接種済証	接種所長名	
	左・右	接種年月日 (西暦)	年 月 日

都内23区の予診票は
区ごとに様式が異なります。
無料・免除など表記も異なり
ますので注意してください。

2026 Influenza Pre-Vaccination Check Sheet for Senior Citizens

Minato City

Name _____ Address _____ [Custom] _____ Name of person receiving _____ Date of birth _____ (_____ years old) Gender _____	Free of charge Valid Dates _____ From (start date) _____ to (end date) _____ [Barcode for personal number] [Personal number] [Barcode for vaccination code, etc.] [Vaccination code, etc.]
--	--

***The following questionnaire is a translation of the official Japanese form of Pre-Vaccination Screening Sheet for Influenza Vaccination. Please submit the Japanese form by referring to the following translation.**

Note: If you are 64, vaccination is available from the day before your 65th birthday. Check the valid dates at the upper right.

Enter the necessary items in the section below outlined in bold, and circle one of the options in each answer field.

Note: Your temperature will be measured at the medical institution. Fields to be entered by the doctor are marked with *.

Body temperature before examination	°C
-------------------------------------	----

Question	Answer field	*To be entered by the doctor
1 Have you ever received an influenza vaccination before?	No Yes	
(1) Have you ever felt ill after receiving an influenza vaccination?	Yes No	
(2) Have you ever felt ill after receiving a vaccination other than an influenza vaccination?	Yes No	
2 Have you read the notice from Minato City about the influenza vaccination you will receive today?	No Yes	
3 Do you understand the effect and side-effects of the vaccination you will receive today?	No Yes	
4 Do you feel ill in any way today? If you feel ill, please state your symptoms here. (_____)	Yes No	
5 In the past month, have you experienced a fever or developed any illness? Name of illness: (_____)	Yes No	
6 Do you have any chronic illnesses such as heart disease, kidney disease, liver disease or blood disease? Name of illness (_____) Have you been told by the doctor treating you for this illness that you can receive the vaccination today?	Yes No Yes No	
7 Do you currently have any other illnesses? Name of illness (_____) Are you receiving any treatment (such as steroids or other drugs)? Have you been told by the doctor treating you for this illness that you can receive the vaccination today?	Yes No Yes No Yes No	
8 Have you been diagnosed with immune deficiency?	Yes No	
9 Have you ever experienced convulsions?	Yes No	
10 Have you ever developed skin rashes or hives, or become ill, due to drugs or food products(chicken eggs, poultry(chicken))?	Yes No	
11 Have you received any vaccinations in the past month? Name of vaccination (_____)	Yes No	
12 Do you have any questions about the vaccination today?	Yes No	

To be entered by the doctor*

As a result of the above interview and an examination, I have determined that today, a vaccination (can be performed / should be deferred).

I have explained the effects and side-effects of treatment, and the relief system for harm to health from vaccinations, to the person receiving the vaccination.

Doctor's signature or seal

Request form for influenza vaccination (Please fill out this section only after the doctor has assessed that you can receive a vaccination based on the results of an examination.)

I wish to receive a vaccination. I have received an examination and explanation from the doctor, and I understand the effects and side-effects of the vaccination.

The purpose of this pre-vaccination check sheet is to ensure the safety of vaccinations.

I understand this, and consent to this pre-vaccination check sheet and vaccination record being submitted to the Minato City Office.

Date: / /

Signature of person receiving vaccination _____

Signature of representative _____ Relationship _____

(If the person receiving the vaccination is unable to sign, the representative should sign, and the name of the representative and the relationship between the representative and the person receiving the vaccination should be provided)

Vaccine used	Dose of vaccine	Place of vaccination/name of vaccinating doctor/date of vaccination
Lot No.	0.5 ml	Place of vaccination

※医療機関様へ 本予診票で請求を行うことはできません。日本語の予診票に転記の上、請求を行ってください

the expiry date	Date of vaccination / /
-----------------	---------------------------------------

Note: Do not use pencil or erasable pen