

添付資料1-1

B3-00000

〒000-0000

千葉市中央区千葉港1-1
肩書き・マンション名

千葉 太郎 様 (保護者 様)

【※カスタマーバーコード】

予防接種番号シール送付のご案内

①市内協力医療機関にて定期予防接種を受ける場合、添付されている予防接種番号シールを予診票に貼ってください。

②予診票は、市内協力医療機関、各区保健福祉センター健康課、医療政策課でお配りしています。

③シールを紛失してしまったときなどのために、**母子健康手帳に1枚貼っておくことをおすすめします。**(予防接種番号が確認できれば、シールなしでも接種を受けられます)。紛失した場合は再発行手続きが必要となりますので、医療政策課のホームページをご覧になるか、電話(043-238-9941)で、お問い合わせください。

④市外に転出した場合は、千葉市の予診票・シールは使えませんので、転出先の自治体に、予防接種の受け方を確認してください。

予防接種番号		
フリガナ		性別
氏名		
生年月日	西暦	年 月 日

ここから切り離してください。

予防接種番号		
フリガナ		性別
氏名		
生年月日	西暦	年 月 日

ここから切り離してください。

予防接種番号		
フリガナ		性別
氏名		
生年月日	西暦	年 月 日

ここから切り離してください。

予防接種番号		
フリガナ		性別
氏名		
生年月日	西暦	年 月 日

ここから切り離してください。

予防接種番号		
フリガナ		性別
氏名		
生年月日	西暦	年 月 日

ここから切り離してください。

予防接種番号		
フリガナ		性別
氏名		
生年月日	西暦	年 月 日

ここから切り離してください。

予防接種番号		
フリガナ		性別
氏名		
生年月日	西暦	年 月 日

ここから切り離してください。

予防接種番号		
フリガナ		性別
氏名		
生年月日	西暦	年 月 日

ここから切り離してください。

予防接種番号		
フリガナ		性別
氏名		
生年月日	西暦	年 月 日

ここから切り離してください。

予防接種番号		
フリガナ		性別
氏名		
生年月日	西暦	年 月 日

ここから切り離してください。

予防接種番号		
フリガナ		性別
氏名		
生年月日	西暦	年 月 日

ここから切り離してください。

予防接種番号		
フリガナ		性別
氏名		
生年月日	西暦	年 月 日

ここから切り離してください。

予防接種番号シール送付のご案内

- ① 市内協力医療機関にて定期予防接種を受ける場合、この予防接種番号シールを予診票に貼ってください。
- ② 予診票は、市内協力医療機関、各区保健福祉センター健康課、医療政策課でお配りしています。
- ③ シールを紛失してしまったときなどのために、**母子健康手帳に1枚貼っておくことをおすすめします。**（予防接種番号が確認できれば、シールなしでも接種を受けられます）。紛失した場合は再発行手続きが必要となりますので、医療政策課のホームページをご覧ください。電話（043-238-9941）で、お問い合わせください。
- ④ 市外に転出した場合は、千葉市の予診票・シールは使えませんので、転出先の自治体に、予防接種の受け方を確認してください。

- ① 千〇〇〇-〇〇〇〇
- ② B3-00000
- ③ 千葉市中央区千葉港1-1
肩書き・マンション名
- ④ 千葉 太郎 様 （保護者 様）
- ⑤ 【※カスタマーバーコード】

※ミシン目 ↓

予防接種番号	⑧	
フリガナ		性別
氏名	④	⑦
生年月日	西暦 ⑥ 年 月 日	

ここから切り離してください。

予防接種番号		
フリガナ		性別
氏名		
生年月日	西暦 年 月 日	

ここから切り離してください。

予防接種番号		
フリガナ		性別
氏名		
生年月日	西暦 年 月 日	

ここから切り離してください。

※ミシン目 ↓

予防接種番号		
フリガナ		性別
氏名		
生年月日	西暦 年 月 日	

ここから切り離してください。

予防接種番号		
フリガナ		性別
氏名		
生年月日	西暦 年 月 日	

ここから切り離してください。

予防接種番号		
フリガナ		性別
氏名		
生年月日	西暦 年 月 日	

ここから切り離してください。

⑨

定期接種として公費（無料）で接種できるのは、
高校1年生相当の3月31日までです。

接種完了に半年程度かかりますので、
接種を希望される場合は、
余裕をもった接種スケジュールをたてましょう。



※9歳の誕生日をむかえてから接種してください。

03 日本脳炎 予防接種予診票:第2期(9歳以上13歳未満) 千葉市 02 日脳2

保護者の方は、太線枠内を記入してください。

住所	千葉市	区	電話	— —												
予防接種番号										実施日	※医療機関記載欄					
フリガナ				性別	西暦	2	0			年			月			日
氏名				保護者氏名												
生年月日	西暦			年			月			日	子の満年齢	歳	か	月	※9歳以上が対象	
(↑予防接種番号シールをはってください。印字されている場合は貼付不要です)											診察前の体温		度		分	

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について、千葉市から配られている説明書を読みましたか。	いいえ	はい	
接種を受ける方の発育歴についておたずねします。			
出生体重()g 分娩時や出生後に異常がありましたか。	あった	なかった	
乳幼児健診で異常があると言われたことがありますか。	ある	ない	
今日体に具合の悪いところがありますか。			
具体的な症状を書いてください。()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか。 病名(月 日:)	はい	いいえ	
1か月以内に、家族や遊び仲間にはしか、風しん、みずぼうそう、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。 病名(月 日:)	はい	いいえ	
1か月以内に、予防接種を受けましたか。 日付:種類 (月 日:)	はい	いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり、医師の診察(投薬など)を受けていますか。 病名()	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	いいえ	はい	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。(歳 か月頃)	はい	いいえ	
そのとき熱がでましたか。	はい	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。	はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。			
予防接種名()	ある	ない	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか。	はい	いいえ	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか。	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。ある場合()	はい	いいえ	

メーカー名				実施医療機関名				コード				
Lot.No.												
有効期限	西暦	年	月	日								
接種の適否		接種量		接種医師名(接種否の場合は判定医師)				コード				
1. 適	2. 否	1	0.5ml	皮下接種								

医師の記入欄
保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。
医師署名又は記名押印

保護者(または代理者)の記入欄 (※代理者が記入する場合は、別途「委任状」が必要です)
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解したうえで、接種することに (同意します ・ 同意しません)。 ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。「同意しません」は接種できません。
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。このことを理解のうえ、本予診票が千葉市に提出されることに同意します。
保護者(または代理者)自署

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が出ないことがあります。

日本脳炎予防接種 第2期 (医療機関控用)															
1 被接種者氏名()				生年月日	年	月	日								
2 住所 千葉市	区														
3 接種年月日	年	月	日	メーカー名	LotNo.										

日本脳炎予防接種 第2期 (保護者控用)															
1 被接種者氏名()				生年月日	年	月	日								
2 住所 千葉市	区														
3 医療機関名															
4 接種年月日	年	月	日	メーカー名	LotNo.										

※この用紙は、機械で読み取りますので、黒ボールペンで丁寧に書いてください。

日本脳炎

【病気の説明】

日本脳炎ウイルスの感染で起こります。ヒトから直接ではなく、ブタの体内で増えたウイルスがコガタアカイエカによって媒介され感染します。潜伏期は7～10日で、高熱、頭痛、嘔吐、意識障害及びけいれんなどの症状を示す急性脳炎です。死亡率や後遺症を残す率が高く、また神経学的後遺症を残す人も多くいます。

【副反応】

接種後3日以内に発熱がみられ、咳漱、鼻漏、接種部位の発赤・腫れなどが見られます。

【予防接種を受けることができない方】

- ①明らかに発熱(37.5℃以上)をしているお子さん。
- ②重篤な急性疾患にかかっていることが明らかなお子さん。
- ③その日に受ける予防接種の接種液に含まれる成分で、アナフィラキシーを起こしたことがあるお子さん。
- ④その他、かかりつけ医が不適当な状態と判断した場合。

【予防接種を受ける際に注意を必要とするお子さん】

- ①心臓病・腎臓病・血液の病気や発育障害で治療を受けているお子さん。
- ②予防接種で2日後以内に発熱、全身性発疹等のアレルギーと思われる症状がみられたお子さん。
- ③過去にけいれん(ひきつけ)を起こしたことがあるお子さん。
- ④過去に免疫不全の診断がなされているお子さん及び近親者に先天性免疫不全症の方がいるお子さん。
- ⑤ワクチンにはその製造過程における培養に使う卵の成分、抗生物質、安定剤などが入っているものがあるので、これらにアレルギーがあるといわれたことがあるお子さん。
- ⑥家族の中で、または遊び友達、クラスメートの間に、麻しん(はしか)、風しん、おたふくかぜ、水痘(水ぼうそう)などの病気が流行している時で、予防接種を受ける本人が病気にかかっていないお子さん。

【予防接種を受けたあとの一般的な注意点】

- ①予防接種を受けたあと30分間は、医療機関でお子さんの様子を観察するか、かかりつけ医と すぐ連絡をとれるようにしておきましょう。急な副反応がこの間に起こることがあります。
- ②不活化ワクチンでは1週間は副反応出現に注意しましょう。
- ③接種部位は清潔に保ちましょう。入浴は差し支えありませんが、接種部位をこすことはやめましょう。
- ④接種当日は、激しい運動は避けましょう。
- ⑤接種後、接種部位の異常な反応や体調の変化があった場合は、速やかにかかりつけ医の診察を受けましょう。

【健康被害救済制度について】

予防接種を受けた後、接種局所のひどい腫れ、高熱、ひきつけなどの症状があったら、かかりつけ医の診察を受け、医療政策課までご連絡ください。障害を残すなどの健康被害が生じた場合は、予防接種法に基づく健康被害救済制度が受けられる場合があります。

※11歳の誕生日をむかえてから接種してください。

03

DT(ジフテリア破傷風) 予防接種予診票 千葉市

01

DT

保護者の方は、太線枠内を記入してください。

住所	千葉市	区	電話	— —												
予防接種番号										実施日 ※医療機関記載欄						
フリガナ				性別	西暦	2	0			年			月			日
氏名				保護者氏名												
生年月日	西暦			年			月			日	子の満年齢		歳		か月	※11歳以上が対象

(↑ 予防接種番号シールをはってください。印字されている場合は貼付不要です)

診察前の体温

度

分

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について、千葉市から配られている説明書を読みましたか。	いいえ	はい	
接種を受ける方の发育歴についておたずねします。			
出生体重()g 分娩時や出生後に異常がありましたか。	あった	なかった	
乳幼児健診で異常があるとされたことがありますか。	ある	ない	
今日体に具合の悪いところがありますか。			
具体的な症状を書いてください。()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか。 病名(月 日:)	はい	いいえ	
1か月以内に、家族や遊び仲間にはしか、風しん、みずぼうそう、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。 病名(月 日:)	はい	いいえ	
1か月以内に、予防接種を受けましたか。 日付:種類(月 日:)	はい	いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり、医師の診察(投薬など)を受けていますか。 病名()	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	いいえ	はい	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。(歳 か月頃)	はい	いいえ	
そのとき熱がでましたか。	はい	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。	はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。	ある	ない	
予防接種名()			
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか。	はい	いいえ	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか。	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。ある場合()	はい	いいえ	

メーカー名				実施医療機関名				コード						
Lot.No.														
有効期限	西暦			年			月			日				
接種の適否				接種量				接種医師名(接種否の場合は判定医師)				コード		
1. 適				3 0.1ml										
2. 否				皮下接種										

医師の記入欄
保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。
医師署名又は記名押印

保護者(または代理者)の記入欄 (※代理者が記入する場合は、別途「委任状」が必要です)
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解したうえで、接種することに (<u>同意します</u> ・ <u>同意しません</u>)。 ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。「同意しません」は接種できません。
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。このことを理解のうえ、本予診票が千葉市に提出されることに同意します。
保護者(または代理者)自署

(注)ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が出ないことがあります。

DT(ジフテリア破傷風) 予防接種 (医療機関控用)															
1 被接種者氏名() 生年月日 年 月 日															
2 住所 千葉市 区															
3 接種年月日 年 月 日 メーカー名 LotNo.															

DT(ジフテリア破傷風) 予防接種 (保護者控用)															
1 被接種者氏名() 生年月日 年 月 日															
2 住所 千葉市 区															
3 医療機関名															
4 接種年月日 年 月 日 メーカー名 LotNo.															

※この用紙は、機械で読み取りますので、黒ボールペンで丁寧に書いてください。

DT：ジフテリア破傷風

【病気の説明】

《ジフテリア：D》

ジフテリア菌の飛沫感染で、口や鼻に入って発症します。しかし、ジフテリアは感染しても10%程度の人に症状が出るだけで、残りの人は症状がでない保菌者となり、その人を通じて感染することもあります。

症状は高熱、のどの痛みや強い炎症があります。菌の出す毒素によって心筋障害や神経麻痺を起こす場合があります。国内での発生は年間0～1名程度です。

《破傷風：T》

土の中にいる破傷風菌が傷口から体内へ入ることによって感染します。菌が体の中で増えると、菌の出す毒素のために、筋肉のけいれんを起こします。最初は口が開かなくなるなどの症状で気付かれ、やがて全身のけいれんを起こすようになり、治療が遅れると死に至ることもある病気です。患者の半数は本人や周りの人では気が付かない程度の軽い刺し傷が原因です。

【副反応】

主な副反応は、接種部位の発赤、腫れ、しこり、発熱です。また、まれですが、ショック、アナフィラキシー様症状、血小板減少性紫斑病、脳症、けいれんも現れることがあります。

【予防接種を受けることができない方】

- ①明らかに発熱(37.5℃以上)をしているお子さん。
- ②重篤な急性疾患にかかっていることが明らかなお子さん。
- ③その日に受ける予防接種の接種液に含まれる成分で、アナフィラキシーを起こしたことがあるお子さん。
- ④その他、かかりつけ医が不適当な状態と判断した場合。

【予防接種を受ける際に注意を必要とするお子さん】

- ①心臓病・腎臓病・血液の病気や発育障害で治療を受けているお子さん。
- ②予防接種で2日後以内に発熱、全身性発疹等のアレルギーと思われる症状がみられたお子さん。
- ③過去にけいれん(ひきつけ)を起こしたことがあるお子さん。
- ④過去に免疫不全の診断がなされているお子さん及び近親者に先天性免疫不全症の方がいるお子さん。
- ⑤ワクチンにはその製造過程における培養に使う卵の成分、抗生物質、安定剤などが入っているものがあるので、これらにアレルギーがあるといわれたことがあるお子さん。
- ⑥家族の中で、または遊び友達、クラスメートの間に、麻しん(はしか)、風しん、おたふくかぜ、水痘(水ぼうそう)などの病気が流行している時で、予防接種を受ける本人が病気にかかっていないお子さん。

【予防接種を受けたあとの一般的な注意点】

- ①予防接種を受けたあと30分間は、医療機関でお子さんの様子を観察するか、かかりつけ医と すぐ連絡をとれるようにしておきましょう。急な副反応がこの間に起こることがあります。
- ②不活化ワクチンでは1週間は副反応出現に注意しましょう。
- ③接種部位は清潔に保ちましょう。入浴は差し支えありませんが、接種部位をこすることはやめましょう。
- ④接種当日は、激しい運動は避けましょう。
- ⑤接種後、接種部位の異常な反応や体調の変化があった場合は、速やかにかかりつけ医の診察を受けましょう。

【健康被害救済制度について】

予防接種を受けた後、接種局所のひどい腫れ、高熱、ひきつけなどの症状があったら、かかりつけ医の診察を受け、医療政策課までご連絡ください。障害を残すなどの健康被害が生じた場合は、予防接種法に基づく健康被害救済制度が受けられる場合があります。

01

水痘(みずぼうそう) 予防接種予診票 千葉市

03

水痘

保護者の方は、太線枠内を記入してください。

※この用紙は、機械で読み取りますので、黒ボールペンで丁寧に書いてください。

接種回数	←1回目は1、2回目は2を記入してください																												
住所	千葉市 区										電話	— —																	
予防接種番号											実施日 ※医療機関記載欄																		
フリガナ											西暦	2	0	年		月		日											
氏名											保護者氏名																		
生年月日	西暦 年 月 日										子の満年齢 歳 か月																		
(↑予防接種番号シールをはってください)															診察前の体温 度 分														
質問事項															回答欄					医師記入欄									
今日受ける予防接種について、千葉市から配られている説明書を読みましたか。															いいえ					はい									
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします。															あった					なかった									
出生体重()g 分娩時に異常がありましたか。															あった					なかった									
出生後に異常がありましたか。															あった					なかった									
乳幼児健診で異常があるとされたことがありますか。															ある					ない									
今日体に具合の悪いところがありますか。															はい					いいえ									
具体的な症状を書いてください。()																													
最近1か月以内に病気にかかりましたか。															はい					いいえ									
病名(月 日:)																													
1か月以内に、家族や遊び仲間にはしか、風しん、みずぼうそう、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。病名(月 日:)															はい					いいえ									
1か月以内に、予防接種を受けましたか。(日付:種類)															はい					いいえ									
(月 日:) (月 日:) (月 日:)																													
(月 日:) (月 日:) (月 日:)																													
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり、医師の診察(投薬など)を受けていますか。															はい					いいえ									
病名()																													
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。															いいえ					はい									
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。(歳 か月頃)															はい					いいえ									
そのとき熱がでましたか。															はい					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。															はい					いいえ									
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。															ある					ない									
予防接種名()																													
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。															はい					いいえ									
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか。															はい					いいえ									
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか。															はい					いいえ									
生まれてから今までに、みずぼうそうと診断を受けたことはありますか。															はい					いいえ									
今日の予防接種について質問がありますか。ある場合()															はい					いいえ									
メーカー名															実施医療機関名					コード									
Lot.No.																													
有効期限					西暦 年 月 日																								
接種の適否					接種量										接種医師名(接種否の場合は判定医師)					コード									
1. 適					1 0.5ml																								
2. 否					皮下接種																								
医師の記入欄																													
保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。																													
医師署名又は記名押印																													
保護者(または代理者)の記入欄 (※代理者が記入する場合は、別途「委任状」が必要です)																													
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解したうえで、接種することに (同意します ・ 同意しません)。 ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。「同意しません」は接種できません。																													
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。このことを理解のうえ、本予診票が千葉市に提出されることに同意します。																													
保護者(または代理者)自署																													

(注)ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が出ないことがあります。

水痘予防接種 (医療機関控用)

1 被接種者氏名 () 生年月日 年 月 日
2 住所 千葉市 区 月 日
3 接種年月日 年 月 日 メーカー名 LotNo.

郵便はがき



一本線に

転送不要

※群・コード - 発行 NO

〒000-0000

B1-000001

千葉市〇〇区〇〇町〇〇-〇

〇〇〇〇〇〇マンション〇〇〇号

〇〇 〇〇 様 （保護者様）

※カスタマーバーコード

重要

予防接種の大切なお知らせ

〒260-8722

千葉市中央区千葉港 1-1

千葉市役所 医療政策課

麻疹・風しん（MR）第2期

定期予防接種未接種の方へ



麻疹・風しん予防接種は、第1期と第2期の計2回の接種を受けることにより十分な免疫を獲得することができます。

第2期の予防接種がまだお済みでない方は、定期接種として無料で受けられる期限が近づいていますので、忘れずに接種を受けましょう。

※定期接種時期

第1期：1歳以上2歳未満

第2期：小学校入学前年度の1年間かつ5歳以上7歳未満

（このお知らせは、麻疹・風しん(MR)第2期の対象者で、令和7年9月末までに予防接種がお済みでない方にお送りしています。転入者の方や行き違いで、すでに接種済みの方に送付された際にはご容赦下さい。）

＜接種期限＞

令和8年3月31日（月）まで

※接種期限を過ぎると任意接種となり、全額自己負担となります。

＜接種方法＞

母子健康手帳及び予防接種番号シールを持参し、市内の予防接種協力医療機関等で接種を受けてください。

※医療機関によっては予約が必要です。

※紛失等により予防接種番号シールの再発行が必要な場合は、市ホームページ FAQ（QRコード参照）の「予防接種番号シールが手元にない場合」をご参照ください。



◎麻しん風しん予防接種及び協力医療機関の情報は

千葉市予防接種 麻しん風しん で、**検索**



＜お問い合わせ先＞

千葉市役所 医療政策課

TEL043-238-9941 FAX043-245-5554

（土日祝を除く8時30分～17時30分）

郵便はがき



転送不要

※群・コード - 発行 NO

〒000-0000

B1-000001

千葉県〇〇区〇〇町〇〇-〇

〇〇〇〇〇〇マンション〇〇〇号

〇〇 〇〇 様 （保護者様）

※カスタマーバーコード

重要

定期予防接種のお知らせ

〒260-8722

千葉市中央区千葉港 1-1

千葉市医療政策課 予防接種事業推進班

HPV(ヒトパピローウイルス)ワクチン 定期予防接種対象者の方へ

HPV ワクチンの接種は、子宮頸がんの原因となるウイルスの感染予防効果があります。

小学校6年生から高校1年生相当の3月末までの女子は、無料で接種が受けられます。

ワクチン接種を完了するまでに6か月程度かかりますので、接種を希望する場合は、余裕をもって接種しましょう。



(このお知らせは、HPV ワクチンの定期接種対象者のうち、千葉市で2月末までの接種完了が確認できなかった方にお送りしています。行き違いで、すでに接種完了済みの方に送付された際はご容赦下さい。)

<接種期限>

高校1年生相当の3月末まで

※接種期限を過ぎると任意接種となり、
全額自己負担となります。



<接種方法>

市内の予防接種協力医療機関等に予約の上、
母子健康手帳及び予防接種番号シールを持参
し、接種してください。

※予診票は各医療機関に備え付けてあります。

※4価（ガーダシル）、2価（サーバリックス）ワクチンに加え、
より多くのウイルスに対応した9価（シルガード9）ワクチ
ンの接種も令和5年4月から可能になりました。
同じワクチンでの接種完了が原則ですが、残りの接種
を9価ワクチンで希望する場合は医師にご相談ください。

※14歳以下で、9価HPVワクチン（シルガード9）
を初回接種した場合、通常3回の接種を2回で
完了させることができます。（2・4価ワクチンを接種
している場合は3回）

★HPVワクチン及び協力医療機関の詳しい情報は

千葉市 HPV ワクチン で、検索

<お問い合わせ先>

千葉市医療政策課 予防接種事業推進班

TEL043-238-9941

（土日祝を除く8時30分～17時30分）



添付資料 7

レイアウト名	子供抽出データ	媒体名	—
引用符	あり(“ ”)	ファイル名(※1)	接種yyyymm_k.csv
形式	可変長/カンマ区切り	コード	SHIFT JIS
最大レコード長	583 Byte	作成日	2024. 08. 14
			(1/1)

No.	項目名	最大Byte数	備考
1	予防接種番号	9	
2	カナ氏名	100	空白
3	漢字氏名	200	
4	生年月日	10	yyyy/mm/dd
5	群	2	(※2)
6	性別	2	“男” or “女”
7	外字フラグ	1	“1” or “ ”
8	注意フラグ	1	“1” or “ ”
9	区コード	1	
10	郵便番号	8	xxx-xxxx
11	区名漢字情報	10	
12	町名漢字情報	20	
13	番地漢字情報	80	
14	方書漢字情報	100	
15	郵便バーコード	23	
16	通知日	10	yyyy/mm/dd (抽出処理を行った日付)
17	発行No	6	群別の連番

※1 ファイル名：yyyy：発送年
mm：発送月
k：発送回

※2

- A：シール 2 枚
- B：シール 1 枚
- C：予診票 1 枚（日本脳炎 2 期用）
- D：予診票 1 枚（二種混合用）
- F：予診票 1 枚（二種混合勧奨用）
- G：ハガキ（麻しん風しん勧奨用）
- H：予診票 1 枚（水痘勧奨用）
- I：予診票 1 枚（水痘勧奨用）
- K：接種勧奨HPV用(16歳=高1 女子)
- L：個別通知HPV用(13歳=中1 女子)

■K及びLの場合、群+回数となる(2byte)。それ以外の場合、群(1byte)のみ。

例) K0～K2

L0～L2

※注意していただきたい点

- ・桁数が多い項目（No. 2 カナ氏名、No. 3 漢字氏名、No. 13 番地漢字情報、No. 14 方書漢字情報）
- ・外字フラグ：1の場合の対応