

2025年度（令和7年度） 福山市定期接種実施協力回答書

福山市保健所保健予防課 宛

回答期限：2025年（令和7年）3月4日（火）

※提出後に変更がある場合は、
随時お知らせください。

福 山 市 長 様

医療機関 （施設）の名称	
所在地	
担当者名	
電話番号	

2025年度（令和7年度）の福山市定期接種（①・②・③の3種類）のうち、貴医療機関における個別接種の実施の可否について、○で囲んでください。

②・③を実施する場合は、医療機関名の公表の希望についても○で囲んでください。公表の希望をしない場合、差し支えなければその理由を記入してください。

福山市定期接種：①乳幼児等予防接種
②高齢者肺炎球菌予防接種
③高齢者带状疱疹予防接種

①乳幼児等予防接種	する ・ しない ※「する」と回答した場合は、次の欄にも回答してください。	
種 別	対 象 年 齢	実施の有無
B C G	生後1歳に至るまで	する ・ しない
B 型 肝 炎	生後1歳に至るまで	する ・ しない
ヒ ブ 小 児 用 肺 炎 球 菌	生後2か月～5歳に至るまで	する ・ しない
4 種 混 合 5 種 混 合 ポ リ オ	生後2か月～7歳6か月に至るまで	する ・ しない
麻 し ん 風 し ん 混 合 （ 麻 し ん ・ 風 し ん ）	1歳児及び小学校就学前の 1年間にある5歳児・6歳児	する ・ しない
水 痘	生後1歳～3歳に至るまで	する ・ しない
日 本 脳 炎	生後6か月～7歳6か月に至るまで 及び9歳以上13歳未満 ※特例対象者は20歳に至るまで	する ・ しない
2 種 混 合	11歳～13歳未満	する ・ しない
HPV（ヒトパピローマウイルス）	小学6年生～高校1年生	する ・ しない
	平成9年度生まれから平成20年度生まれ （キャッチアップ接種の経過措置対象者）	する ・ しない
ロ タ ウ イ ル ス	【1価】 生後6週に至った日の翌日から、生後24週に至る 日の翌日までの間	する ・ しない
	【5価】 生後6週に至った日の翌日から、生後32週に至る 日の翌日までの間	

②高齢者肺炎球菌予防接種	する ・ しない ※「する」と回答した場合は、次の欄にも回答してください。
医療機関名の公表	希望する ・ 希望しない 理由（ ）

③高齢者带状疱疹予防接種	する ・ しない ※「する」と回答した場合は、次の欄にも回答してください。
生ワクチン	実施する ・ 実施しない
組換えワクチン	実施する ・ 実施しない
医療機関名の公表	希望する ・ 希望しない 理由（ ）