

予防接種、抗体検査を実施

高齢者肺炎球菌予防接種

年度ごとに対象を決めて予防接種を行います。対象となる方(表1のとおり)には既に案内を送付しましたが、4月1日以降に転入した方は、健康係(あいぼつく内)へ連絡してください。

なお、対象ではない年度に任意で接種する場合、費用は全額自己負担となります。

- ◇期間 令和3年3月31日まで
- ◇場所・申し込み 表3の指定医療機関
- ◇自己負担額 4000円(生活保護受給者は無料)

風しん抗体検査・予防接種

無料で免疫の有無を調べ、必要に応じて予防接種を行います。

① 男性の風しん定期接種

公的な風しんの予防接種を受ける機会がなかった昭和37年4月2日～54年4月1日生まれの男性について、年度ごとに対象を決めて行います。今年度の対象となる方には既にクーポン券を送付しましたが、4月1日以降に転入した方は、健康係(あいぼつく内)へ連絡してください。

- ◇対象 昭和37年4月2日～47

表1 2年度高齢者肺炎球菌ワクチンの対象

年度末年齢	生年月日
65歳	昭和30年4月2日～31年4月1日
70歳	昭和25年4月2日～26年4月1日
75歳	昭和20年4月2日～21年4月1日
80歳	昭和15年4月2日～16年4月1日
85歳	昭和10年4月2日～11年4月1日
90歳	昭和5年4月2日～6年4月1日
95歳	大正14年4月2日～15年4月1日
100歳	大正9年4月2日～10年4月1日

※年度末年齢が60～64歳で、心臓・腎臓・呼吸器機能障害、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害により、1級の障害者手帳を持つ方も対象です。
※過去に接種した方は対象となりません。

表2 ②の対象とならない方

抗体検査	*風しんにかかった方 *予防接種を2回以上受けた方 *市の抗体検査を受けたことがある方 *①の対象となっている方
接種予防	*この事業で既に予防接種を受けた方 *①の対象となっている方

表3 指定医療機関

●=事前の問い合わせが必要、○=事前の問い合わせが不要
△=抗体検査は事前の問い合わせが不要、予防接種は事前の問い合わせが必要

名称	所在地	電話番号	肺炎球菌	風しん①	風しん②	おたふく
中神内科呼吸器科クリニック	朝日町	549-2366	●	△	△	
永山整形外科	朝日町	544-8662	●	△	●	
富士診療所	朝日町	541-2263	●	△	○	○
マタニティークリニック小島医院	朝日町	541-0020		△	●	●
浅見胃腸科外科医院	東町	544-5300	●	△	●	●
佑和クリニック	上川原町	545-6655	●	△	●	
石原レディースクリニック	昭和町	545-9022	●	△	●	
大須賀医院	昭和町	541-0257	○	△	○	●
星医院	昭和町	546-6401	●	△	●	
堀内クリニック	昭和町	546-2111	●	△	○	
金光クリニック	田中町	545-2156	○	△	●	
たかつきクリニック	田中町	543-6781	●			
田中団地診療所	田中町	545-2514	○	△	○	○
中西クリニック	田中町	541-2611	●	△		
蓮村整形外科内科	田中町	545-4312	○	※		
栄田医院	玉川町	541-0218	○	△	○	○
竹口病院	玉川町	541-0176	●	△	●	●
つつじが丘診療所	つつじが丘	545-4737	○	△	○	○
昭島病院	中神町	546-3111	●	△	●	●
大田医院	中神町	541-0311	○	△	○	○
しんクリニック	中神町	519-2721	○	△	○	●
平畑整形外科クリニック	中神町	545-8555	●	△		
大久保内科クリニック	拜島町	500-0013	●	△		
昭島相互診療所	福島町	545-2712	●	△	●	
太陽こども病院	松原町	544-7511	●	△	●	●
拜島やまかみクリニック	松原町	519-2650	●	△	●	●
まことクリニック	松原町	546-2800	○	△	○	○
松原町クリニック	松原町	546-8610	●	△		
しょうわの森こどもクリニック	美堀町	519-1237			○	○
昭島リウマチ膠原病内科	宮沢町	546-0011	●	△	●	●
昭和の杜病院	宮沢町	500-2611	●		●	
うしお病院	武蔵野	541-5423	●	△	●	

※抗体検査のみ実施します(事前の問い合わせは不要)。

年4月1日生まれの男性

- ◇場所・申し込み 表3のうち①の指定医療機関、または、市外の医療機関

※抗体検査は、特定健診と同時に受けられます。また、職場の健診と同時に受けられる場合がありますので、職場の担当に問い合わせてください。

② ①以外で風しん抗体検査・予防接種を希望する場合

接種費用の一部を助成します(1人1回のみ)。

- ◇期間 抗体検査は3年2月27日まで、予防接種は3年3月31日まで
- ◇場所 表3の指定医療機関
- ◇対象 1～2歳のお子さん

上で、次のいずれかに該当する方(表2の方を除く)

- *妊娠を希望する女性
- *妊婦の同居者
- *妊娠を希望する女性(19歳以上)の同居者

- ◇場所・申し込み 表3のうち②の指定医療機関

おたふくかぜ予防接種

接種費用の一部を助成します(1人1回のみ)。

- ◇期間 3年3月31日まで
- ◇場所 表3の指定医療機関
- ◇対象 1～2歳のお子さん

※既に予防接種を受けた方、おたふくかぜにかかった方を除きます。

- ◇接種方法 健康保険証(生活保護受給者は受給証明書)を持って表3の指定医療機関へ

※ひとり親家庭等医療費助成を受けている場合は、併せて医療証も必要です。

- ◇自己負担額 3000円
- ※生活保護受給者、ひとり親家庭等医療費助成を受けている世帯は無料です。
- ☆詳しくは、健康係(あいぼつく内) ☎5445126へ。