

予防接種、抗体検査を実施

高齢者肺炎球菌予防接種

対象となる方に案内を送付します(表1のとおり)。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、対象ではない方が任意で接種する場合、費用は全額自己負担となります。

対象となる方に案内を送付します(表1のとおり)。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、対象ではない方が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 抗体検査は令和7年2月28日まで、予防接種は7年3月31日まで

① 男性の風しん定期接種

対象となる方には、令和5年5月にクーポン券を送付しています。有効期限の過ぎたクーポン券もそのまま使用できません。お持ちでない方は市ホームページ内専用フォームから申し込んでください。

◇対象 昭和37年4月2日～54年4月1日生まれの男性

◇場所・申し込み 表3のうち

免疫の有無を調べ、必要に応じて予防接種を行います(いずれも無料)。

風しん抗体検査・予防接種

免疫の有無を調べ、必要に応じて

◇自己負担額 1500円(生活保護受給者は無料)

表1 6年度高齢者肺炎球菌ワクチンの対象

対象(年度末年齢)	送付時期	接種期限
65歳の方	誕生月の翌月上旬頃	66歳の誕生日の前日まで
66歳以上の方	4月中	令和7年3月31日まで
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	3月下旬	

※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
予防接種	* 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不要 ●=事前の問い合わせが必要
△=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
▲=抗体検査のみ実施/事前の問い合わせは不要

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	●	●	●	
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	拝島町	500-0013	●	△		
昭島相互診療所	福島町	545-2712	●	△	●	
昭島ウィメンズクリニック	松原町	545-6677			●	
昭島腎クリニック	松原町	546-8581	●			
太陽こども病院	松原町	544-7511	●	△	●	●
東京西徳洲会病院	松原町	500-4433		△		
拝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	●	△	●	

①の指定医療機関、または、市外の医療機関

* 妊娠を希望する女性(19歳以上)の同居者

※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の対象以外で、抗体検査・予防接種を希望する場合

おたふくかせ予防接種

接種費用の一部を助成します(1人1回のみ)。

◇期間 令和7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、おたふくかせにかかった方を除きます。

* 妊娠を希望する女性

* 妊婦の同居者

◇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。

◇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、おたふくかせにかかった方を除きます。

* 妊娠を希望する女性

* 妊婦の同居者