

2025 年度インフルエンザ ご希望について

○お名前

○生年月日

_____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

65 歳以上の方→10/15～12/27 に接種されると公費で受けられます

○住所

○電話番号

○今期初めての接種ですか？ はい・いいえ

いいえ→前回の接種日 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

【費用】

65 歳以上の方 1200 円

生活保護世帯 自己負担なし

市町村民税非課税世帯 600 円（茅野市・原村のみ対象）

上記以外の方 3500 円

（家族割あります。2～3 名 3000 円/名、4 名以上 2500 円/名）

☆18 歳以下の方は、フルミスト（点鼻液）接種可能です。年 1 回の接種です。

翌日発熱する場合があります。また、卵アレルギー、喘息の方は避けたほうが良い場合があります。ご相談ください。

価格：7000 円

※13 歳未満の原村在住の方は、村からの補助があります。（上限 3000 円）

※家族割の対象ではありません。

2025 年のインフルエンザワクチン接種

希望します ・ 希望しません

ご希望の方には、次回診察の時にいきます。

（日時： _____ 月 _____ 日 _____ 時～ _____ ）

当日は本人確認できるもの、18 歳未満は母子手帳をお持ちください。
キャンセル・延期の場合はわかり次第ご連絡ください。

医療法人赤岳 大槻医院