



横浜市带状疱疹ワクチン 定期接種のご案内



今年度の対象者

接種期間：令和7年7月1日～令和8年3月31日

65歳

昭和35年4月2日
～昭和36年4月1日

70歳

昭和30年4月2日
～昭和31年4月1日

75歳

昭和25年4月2日
～昭和26年4月1日

80歳

昭和20年4月2日
～昭和21年4月1日

85歳

昭和15年4月2日
～昭和16年4月1日

90歳

昭和10年4月2日
～昭和11年4月1日

95歳

昭和5年4月2日
～昭和6年4月1日

100歳以上

大正15年4月1日
以前に生まれた方

※100歳以上の方は、今年度に限り全員が対象となります。

※60～64歳で、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害（1級相当）がある方も対象となります。



当院では、以下のワクチンを使用しています

・生ワクチン 『ビケン』

自己負担額：4,000円（1回接種）

・組換えワクチン 『シングリックス』

自己負担額：1回あたり10,000円（2回接種・合計20,000円）

予約制となっております。
ご希望の方は受付にお声かけください。

おのだ皮膚科

