

高山市 高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種実施医療機関

高齢者用肺炎球菌の予防接種を希望される方は、下記医療機関に電話等で必ず予約をしてください。

(慢性疾患等で治療中の方は、まず、かかりつけの医療機関にご相談ください。)

令和7年10月

※高山地区

医療機関名	電話番号	住 所	医療機関名	電話番号	住 所
あらたに整形外科・内科	34-9825	冬頭町755	た しもじクリニック 大八診療所 高井整形外科眼科医院 高桑内科クリニック たかだクリニック 田近ハートクリニック 高山赤十字病院 高山ぶなの杜診療所 なかしまクリニック 長瀬内科 ナチュラルクリニック21 西之一色内科クリニック ひさかね医院 むとうクリニック 毛利内科クリニック	36-0770	松之木町313
いしらクリニック	62-9646	石浦町2-190		32-1639	松之木町828-2
岩塚クリニック	37-3007	下岡本町3048-1		35-0580	初田町3-50
岩堤医院	34-5188	森下町2-128-2		36-1911	石浦町6-220
えんやクリニック	36-3353	上岡本町2-353-3		34-8280	大門町18
おおさかクリニック	57-8668	昭和町1-325		34-7677	岡本町4-1-1
大沼内科消化器科クリニック	36-7720	桐生町5-187-1		0120-214-489	天満町3-11
おがわクリニック	37-7117	昭和町2-120-1		35-3535	三福寺町374-1
奥村クリニック	35-2211	名田町5-71-1		62-8820	昭和町3-180-1
折茂医院	34-5025	昭和町2-85-1		57-9911	森下町1-227
片岡内科医院	34-7039	花岡町1-14		37-7064	下林町517-6
加藤医院	32-0070	有楽町2		32-0568	西之一色町3-1189-4
河野ファミリークリニック	32-1207	初田町1-28		35-4788	西之一色町1-45-11
久美愛厚生病院	32-1115	中切町1-1		37-0500	七日町3-106
さもりファミリークリニック	36-6711	新宮町683-1		37-7625	桐生町5-338
清水医院	34-3600	千島町650	山下医院	34-0017	天満町3-70

※接種当日持参する物

(1)予防接種予診票(必要事項を記入してください。被接種者署名欄も必ず記入してください)。

(2)接種料金 2,750円(体調が悪く接種できない場合は、診察料が必要となることがあります)

(3)有効期限内の保険証またはマイナンバーカードまたは資格確認書

(4)生活保護世帯の方は保護決定通知書

高山市 高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種実施医療機関

高齢者の肺炎球菌予防接種を希望される方は、下記医療機関に電話等で必ず予約をしてください。

(慢性疾患等で治療中の方は、まず、かかりつけの医療機関にご相談ください。)

※支所地域

医療機関名	電話番号	住 所
垣内医院	72-4561	国府町広瀬町 1160-1
片町内科医院	73-7471	国府町広瀬町 1818-3
須田病院	72-2100	国府町村山235-5
みや診療所	53-1238	一之宮町4322-3
丹生川診療所	78-1016	丹生川町町方88
清見診療所	68-2201	清見町三日町 417-1

医療機関名	電話番号	住 所
莊川診療所	05769- 2-2009	莊川町新渕546-1
久々野拠点診療所	52-2074	久々野町無数河 350
朝日地域診療所	55-3008	朝日町万石333-1
高根地域診療所	59-2014	高根町上ヶ洞481
柄尾診療所	0578- 89-2053	奥飛騨温泉郷柄尾 1009

※飛騨市

医療機関名	電話番号	住 所
江尻内科循環器科クリニック	74-0041	古川町上気多 631-1
大高医院	73-2051	古川町杉崎221-1
垣内クリニック	73-5500	古川町貴船町 11-32
河合医院	74-1333	古川町式之町 2-17
玉舎クリニック	73-7676	古川町若宮 1-7-56
古川病院	73-2234	古川町三之町 8-20

医療機関名	電話番号	住 所
国保飛騨市河合診療所	65-2020	河合町角川565
袖川診療所	0578- 82-1155	神岡町西1760-1
飛騨市民病院	0578- 82-1150	神岡町東町725
本町クリニック	0578- 82-1177	神岡町船津915
山之村診療所	0578- 82-5505	神岡町森茂141
国保飛騨市宮川診療所	63-2009	宮川町野首23-2

※接種当日持参する物

- (1)予防接種予診票(必要事項を記入してください。被接種者署名欄も必ず記入してください。)
- (2)接種料金 2,750円(体調が悪く接種できない場合は、診察料が必要となることがあります)
- (3)有効期限内の保険証またはマイナンバーカードまたは資格確認書
- (4)生活保護世帯の方は保護決定通知書

問い合わせ先

高山市健康推進課

電話番号 35-3160

*裏面もご覧ください。