

# 日進市高齢者インフルエンザ予防接種予診票兼接種券

日進市の住民基本台帳に記録がありますか。 はい  いいえ (対象外)		該当年齢 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60歳～64歳	費用負担区分 <input type="checkbox"/> 1,100円 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯の人 (無料)
ふりがな		男 女	生年月日 明・大・昭 年 月 日 (満 歳)
氏名			電話番号
住所	日進市	診察前の体温	度 分 (37.5度以上は不可)

質問事項	回答欄	医師記入欄
日進市が実施する高齢者インフルエンザ予防接種は令和4年10月以降初めて受けますか。	いいえ (対象外)  はい	
今日のインフルエンザの予防接種について別添の説明書を読みましたか。	いいえ  はい	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	いいえ  はい	
現在、何か病気にかかっていますか。病名 ( ) 治療 (投薬など) を受けていますか。 その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい  いいえ はい  いいえ いいえ  はい	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい  いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。( )	はい  いいえ	
薬や食品 (卵・ゼラチン等) で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったなどのアレルギー症状がありますか。	はい  いいえ	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 インフルエンザの予防接種で、具合が悪くなったことはありますか。 インフルエンザ以外の予防接種で、具合が悪くなったことはありますか。	はい  いいえ はい  いいえ はい  いいえ	
ひきつけ (けいれん) を起こしたことがありますか。	はい  いいえ	
4週間以内に予防接種を受けましたか。予防接種名 ( ) 接種日 月 日	はい  いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名 ( ) その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい  いいえ いいえ  はい	
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名 ( )	はい  いいえ	
今日の予防接種について質問はありますか。	はい  いいえ	

医師の 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は、( 可能 ・ 見合わせる ) 医師署名又は記名押印  
記入欄 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。

**インフルエンザ予防接種希望書** (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、副反応の可能性などについて理解した上で、接種を希望しますか。  
( 接種を希望します ・ 接種を希望しません )

予診票は予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が日進市に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 被接種者自署 \_\_\_\_\_ (代筆者署名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ )  
(※自署できない場合は、代筆者が署名し、代筆者氏名および被接種者との続柄を記載)

ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名：インフルエンザHAワクチン	(皮下注射)	実施場所 <b>立松整形外科・内科クリニック</b>
Lot. No.	0.5ml	医師名 <b>院長 立松尚衛</b>
		接種年月日 令和 年 月 日

インフルエンザ予防接種済証 (本人控え)

氏名	接種年月日	令和 年 月 日
ワクチン名	実施場所	<b>立松整形外科・内科クリニック</b>
Lot. No.	医師名	<b>院長 立松尚衛</b>

健康保険証や後期高齢者医療被保険者証と一緒に保管してください。



太線の中を記入してください。

## 令和4年度 日進市高齢者インフルエンザ予防接種説明書

### 1. 接種対象者

接種日当日に、日進市の住民基本台帳に記録されている、次のいずれかに該当する人

- (1) 65歳以上の人
- (2) 60歳以上65歳未満の人であって、心臓、じん臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する人（身体障害者手帳1級程度）



### 2. 料金

**無料（1回に限ります） 令和4年度のみです。**

※ただし、生活保護世帯の人は無料。地域福祉課発行の「生活保護受給証明書」が必要です。

### 3. インフルエンザについて

主症状は、突然の高熱、頭痛、関節痛、筋肉痛等で、のどの痛み、咳、鼻水などもみられます。普通の風邪に比べて全身症状が強く、気管支炎や肺炎などを合併し、重症化することが多いのが特徴です。

### 4. インフルエンザの予防法

予防の基本は、流行前に予防接種を受けることです。これは世界的にも認められている最も有効な予防法です。また、予防接種と併せて以下のことにも気をつけましょう。

- こまめな手洗い、うがい（食事前、帰宅時など）
- 外出時のマスク着用
- 日ごろから十分な栄養や休息をとる
- 人ごみを避ける
- 室内が乾燥しないよう、加湿器等で加湿する

### 5. 予防接種の有効性



発症予防、特に重症化予防に有効であることが確認されています。ワクチンが十分な効果を維持する期間は接種後約2週間後から約5ヶ月とされています。したがって、予防接種は毎年インフルエンザが流行する前の12月中旬までに済ませておくことが望ましいとされています。インフルエンザウイルスは毎年変化しながら流行するため、毎年流行が予測されるウイルスにあった予防接種を受けておくことが効果的です。一般的には、65歳以上の方は1シーズンに1回の接種で効果がありますが、インフルエンザウイルスの型に大きな変異がある場合は2回接種する場合があります。



### 6. 予防接種の副反応

- 予防接種をした注射の跡が、赤みを帯びたり、はれたり、痛んだりする
- 発熱、寒気、頭痛、全身のたるさなどが現れる

上記のような症状がみられることがありますが、通常2～3日のうちに治ります。症状が悪化したり、治らない場合は、医師にご相談ください。

※接種後数日から2週間以内に、発熱、頭痛、けいれんなどの症状が現れるとの報告もあります。

※非常にまれですが、ショックやじんましん、呼吸困難などがあらわれることがあります。その場合は速やかに医師の診察を受けてください。

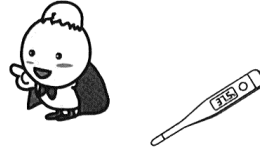
## 7. 予防接種を受ける前に

### (1) 一般的注意事項

インフルエンザ予防接種について、必要性や副反応について、よく理解したうえで接種を受けてください。わからないことがあれば、接種を受ける前に担当の医師や看護師に質問しましょう。

予診票は接種をする医師にとって、大切な情報です。責任を持って記入し、現在の健康状態を正しく伝えてください。

### (2) 予防接種を受けることができない人



- ① 明らかに発熱のある人  
通常、体温が**37.5度以上**ある場合を指します。
- ② 重とくな急性疾患にかかっている人  
急性の病気で薬を飲む必要がある人は、その後の病気の変化がわからなくなる可能性もあるので、その日は見合わせるのが原則です。
- ③ インフルエンザワクチンの成分により、アナフィラキシーショックを起こしたことがある人。また、卵等でアナフィラキシーショックを起こしたことがある人

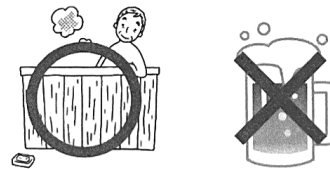
**アナフィラキシーショックとは？** 通常、接種後約2週間以内に起こるひどいアレルギー反応のことです。発汗、顔が急にはれる、全身にひどいじんましんが出る、吐き気、嘔吐（おうと）、声が出にくい、息が苦しいなどの症状に続き、血圧が下がっていく激しい全身反応です。

- ④ インフルエンザの予防接種で、接種後2日以内に発熱のみられた人及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状がみられたことがある人
- ⑤ その他、医師が不相当と判断した人

### (3) 予防接種を受けるに際し、担当医師とよく相談する必要がある人

- ① 心臓、じん臓又は呼吸器の病気で日常生活が極度に制限されている人
- ② ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能低下により、日常生活がほとんど不可能な程度の障害がある人

## 8. 予防接種を受けた後に



### (1) 一般的注意事項



- ① 予防接種を受けた後の30分間は、急な副反応が起こることがあります。医師とすぐ連絡を取れるようにしておきましょう。  
予防接種を受けた後、接種部位が痛みや熱をもってひどくはれたり、全身のじんましん、繰り返す嘔吐（おうと）、顔色の悪さ、低血圧、高熱などが現れたら、速やかに医師の診察を受けてください。
- ② 副反応の多くは24時間以内に起きるので、体調に注意しましょう。
- ③ 接種当日の入浴は差し支えありませんが、接種部位を強くこすらないようにしましょう。
- ④ 接種当日はいつもの生活をしてかまいませんが、激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。

### (2) 副反応が起こった場合

定期の予防接種によって引き起こされた副反応により、医療機関での治療が必要になったり、生活に支障がでるような障害を残すなどの健康被害が生じた場合には、法律に基づく給付を受けることができます。ただし、接種した予防接種と健康被害の因果関係があると厚生労働大臣が認定した場合のみ、健康被害に対する給付を受けることができます。

### 《問い合わせ先》

日進市健康課（保健センター）

電話：0561-72-0770

FAX：0561-74-0244