

令和8年度 広域化

期 間 10月1日～12月31日

自己負担額： 1,000 円

市町村番号： 447

保険医療機関コード _____

インフルエンザ予防接種 予診票〔高齢者・特定〕

※太ワク内をご記入ください。

診察前の体温

度

分

住 所

上益城郡山都町

TEL ()

—

フリガナ

男・女

生年
月 日

大正・昭和
年 月 日生
(歳 カ月)

受ける方の氏名

男・女

生年
月 日

大正・昭和
年 月 日生
(歳 カ月)

接種間隔の確認

医師記入欄

1 カ月以内に予防接種を受けましたか。

はい

いいえ

☐ かかりつけ医

最後に受けた予防接種の接種日と種類をご記入下さい。

接種日 (年 月 日) 予防接種の種類 ()

☐ 今年度1回目

質問事項

回答欄

医師記入欄

今日のインフルエンザの予防接種について、説明文（裏面）を読みましたか。

はい

いいえ

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。

はい

いいえ

現在、何か病気にかかっていますか。病名 ()

はい

いいえ

治療（投薬など）を受けていますか。

はい

いいえ

その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。

はい

いいえ

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。

はい

いいえ

具体的な症状を書いてください。 ()

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。

はい

いいえ

病名 ()

はい

いいえ

その病気をみてもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。

はい

いいえ

最近1 カ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

最近1 カ月以内に、家族や友人に、インフルエンザ、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。病名 ()

はい

いいえ

新型インフルエンザまたは季節性インフルエンザの予防接種をうけたことがありますか。

はい

いいえ

その際に具合が悪くなったことはありますか。

はい

いいえ

これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。

はい

いいえ

予防接種の種類 ()

はい

いいえ

ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。

はい

いいえ

薬や食品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ことがありますか。

はい

いいえ

ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。 (歳頃)

はい

いいえ

そのとき熱がでましたか。

はい

いいえ

近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。

はい

いいえ

今日の予防接種について質問がありますか。

はい

いいえ

医師の記入欄

問診および診察の結果、今日の予防接種は (可能 ・ 見合わせる)

本人対して、予防接種の効果、目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、説明をした。

医師の署名または記名押印

被接種者の記入欄（医師の診察の結果、接種が可能と判断された後にご記入ください。）

私は、医師の診察・説明を受け、予防接種の効果、目的、接種するワクチンの有益性、重篤な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 ・ 希望しません)。

この予診票は、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、本予診票が市町村に提出される事に同意します。

令和 年 月 日 本人自署 _____

※代筆者署名 _____ (続柄)

(※自署できない方の場合、家族などの代筆者が接種者氏名を本人自署欄に署名し代筆者氏名及び被接種者との続柄も記載)

使用ワクチン・LotNo. ・有効期限

接種経路

実施場所・接種医師名・接種年月日

ワクチン名

皮下接種
(接種量：0.5ml)

実施場所

Lot No.

医 師 名

有効期限 年 月 日

接種年月日 令和 年 月 日

(ウラ面を必ずお読みください。)

インフルエンザ予防接種を受ける方へ

予防接種を受けられる前に必ずお読みください。（山都町役場健康福祉課）

1 疾病の概要

インフルエンザはインフルエンザウイルスの感染によって起こる病気です。患者からの咳などで空気中にまかれたウイルスを吸い込むことによって感染します。インフルエンザは、11月上旬から発生しはじめて、1月上旬から3月上旬に患者数が増加します。鼻や口など気道に1～3日の潜伏期間の後、急激な発熱で発症し、頭痛、関節痛、のどの痛み、咳、鼻水などの症状がみられます。さらに気管支炎、肺炎などを併発し、重症化することもあります。

2 副反応

副反応としては、接種局所の反応が主で、発赤、腫脹、痛み等をきたすことがあります。通常、2～3日中に消失します。発熱、頭痛、寒気などもまれに起こります。卵アレルギーの方には、じんましん、発疹、口のしびれ、アナフィラキシーショック（接種後約30分以内に起きるひどいアレルギー反応）などが起こる可能性があります。

3 予防接種を受けるときの注意

（1）一般的な注意事項

予防接種は健康な人が元気なときに接種を受け、その病原体の感染を予防するものですから、体調のよいときに受けるのが原則です。以下の注意を守って、安全に予防接種を受けられるようにしてください。

- ・受ける前日は入浴（またはシャワー）し、体を清潔にして当日は清潔な着衣をつけましょう。
- ・当日の朝から身体の状態をよく観察し、普段と変わったところのないことを確認してください。

（2）予防接種を受ける事ができない方

- ・明らかに発熱のある方（接種会場で測定した体温が37.5度以上の場合）
- ・重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方
- ・この予防接種によって、または予防接種に含まれる成分でアナフィラキシーショックを起こしたことのある方
- ・インフルエンザ予防接種で、接種後2日以内に発熱のみられた方及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状があったことのある方
- ・その他、医師が不適当な状態と判断した場合

（3）予防接種を受けるに際し、医師とよく相談しなくてはならない方

次に該当すると思われる方は、必ず接種前の診察時に医師へ伝えてください。

- ・心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患等の基礎疾患を有する方
- ・予防接種で接種後2日以内に発熱があった方および全身性発疹等のアレルギーを疑う症状がでた方
- ・今までにけいれん（ひきつけ）を起こしたことがある方
- ・今までに免疫不全の診断がなされている方、近親者に先天性免疫不全症の人がいる方
- ・間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患がある方
- ・接種するワクチンの成分に対して、アレルギーを起こす恐れのある方 **※卵アレルギーのある方は必ず相談してください**

（4）予防接種を受けた後の一般的な注意事項

- ・接種後24時間は副反応の出現に注意しましょう。特に接種直後の30分以内は健康状態の変化に注意しましょう。
- ・当日の入浴は差し支えありません。接種後1時間を経過すれば入浴は差し支えありません。（わざと注射した部位をこすったりすることはやめましょう）
- ・接種後の24時間は、激しい運動や飲酒は避けましょう。また接種部位は、清潔に保ちましょう。
- ・接種後、接種部位の異常反応や体調の変化があらわれた場合には、速やかに医師の診察を受け、下記連絡先に連絡してください。

4 予防接種健康被害救済制度について

予防接種によって引き起こされた副反応により、生活に支障が出るような障害を残すなどの健康被害が生じた場合には、予防接種法に基づく給付を受けることができます。健康被害の程度に応じて、医療費、医療手当、障害年金、死亡一時金、葬祭料などの区分により法律で定められた金額が支給されます。死亡一時金、葬祭料以外については、治療が終了する又は障害が治癒する期間まで支給されます。ただし、その障害が予防接種によって引き起こされたものか、別の要因によるものなのかの因果関係を予防接種・感染症医療・法律等、各分野の専門家からなる国の審査会にて審議し、予防接種によるものと認定された場合に給付を受けることができます。

【連絡先】

健康福祉課健康づくり係	72-1295
清和支所 住民福祉係	82-2112
蘇陽支所 住民福祉係	83-1112