

# インフルエンザ 予防接種予診票（高齢者等用）

市提出用

住 所	日光市		☎		—	
(フリガナ)		男・女	生年 月 日	明治 大正 昭和	年	月 日 (満 歳)
受ける人の氏名						

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日の診察前の体温は何度でしたか	度 分		
今日のインフルエンザの予防接種について、市から配られている説明書を読みましたか	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	
今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ( )	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	
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 ( )	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	
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	
最近1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 ( ) 接種日 ( 月 日)	はい	いいえ	
これまでにインフルエンザの予防接種を受けたことがありますか	はい	いいえ	
接種後2日以内に発熱、または全身性発疹などアレルギー様の症状を起こしたことがありますか	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はありますか 予防接種の種類 ( )	はい	いいえ	
卵や鶏由来のもの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) を起こしたことがありますか ( ) 歳頃	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	
医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（実施できる・見合わせたほうがよい）と判断します。 本人に対して、予防接種の効果や目的、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。 医師署名又は記名押印 [ ]		

## インフルエンザ予防接種希望欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度等について理解した上で、接種することを（希望します・希望しません）※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。  
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、本予診票が市に提出されることに同意します。

年 月 日 本人自署 [ ]

※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者及び被接種者との続柄を記載

※この予防接種の実施主体は日光市であり、当医療機関は日光市から委託を受けて実施しているものです。  
接種に関する問い合わせは、日光市健康課：電話 21 - 2756 へ

### 【医療機関証明欄】

使用ワクチン名	接 種 量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 メーカー名 Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認	0.5 ml	実施場所 耳鼻咽喉科関根クリニック 医師名 接種年月日 年 月 日

# インフルエンザ 予防接種予診票 (高齢者等用)

医療機関控

住 所	日光市						☎	—
(フリガナ)		男	生年	明治	年	月	日生	
受ける人の氏名		女	月日	大正		(満	歳)	
				昭和				

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日の診察前の体温は何度でしたか	度 分		
今日のインフルエンザの予防接種について、市から配られている説明書を読みましたか	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	
今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ( )	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	
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 ( )	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	
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	
最近1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 ( ) 接種日 ( 月 日)	はい	いいえ	
これまでにインフルエンザの予防接種を受けたことがありますか	はい	いいえ	
接種後2日以内に発熱、または全身性発疹などアレルギー様の症状を起こしたことがありますか	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はありますか 予防接種の種類 ( )	はい	いいえ	
卵や鶏由来のもの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)を起こしたことがありますか ( ) 歳頃	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	
医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせたほうがよい)と判断します。 本人に対して、予防接種の効果や目的、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。 医師署名又は記名押印 [ ]		

## インフルエンザ予防接種希望欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度等について理解した上で、接種することを(希望します・希望しません) ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。  
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、本予診票が市に提出されることに同意します。

年 月 日 本人自署 [ ]

※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者及び被接種者との続柄を記載

※この予防接種の実施主体は日光市であり、当医療機関は日光市から委託を受けて実施しているものです。  
接種に関する問い合わせは、日光市健康課：電話 21 - 2756 へ

### 【医療機関証明欄】

使用ワクチン名	接 種 量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 メーカー名 Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認	0.5 ml	実施場所 耳鼻咽喉科関根クリニック 医師名 接種年月日 年 月 日

# インフルエンザ予防接種済証 (大切に保管してください) 日光市長 粉川昭一

被接種者用  
(公印省略)

住 所	日光市				☎	—
(フリガナ)		男・女	生年 月 日	明治 大正 昭和	年	月 日 日生
受ける人の氏名					(満	歳)

※この予防接種の実施主体は日光市であり、当医療機関は日光市から委託を受けて実施しているものです。  
接種に関する問い合わせは、日光市健康課：電話 21 - 2756 へ

**【医療機関証明欄】**

使用ワクチン名	接 種 量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 メーカー名 Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認	0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 年 月 日

# インフルエンザ予防接種

高齢者用

**重要 !!**

接種を受ける前に必ずお読み下さい。

## 1. インフルエンザとは

インフルエンザの症状は突然の高熱・頭痛・関節痛・筋肉痛などで、のどの痛み・咳・鼻みずなどもみられます。普通の風邪に比べて全身症状が強いのが特徴です。気管支炎や肺炎など重症化することが多いのが特徴です。

## 2. インフルエンザの予防

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予防法です。また、日頃から十分な栄養や休息をとり体の抵抗力をつけることが大切です。空気が乾燥しているとインフルエンザウイルスが活発になりますので、適度な湿度を保つように工夫しましょう。

## 3. インフルエンザ予防接種の有効性

予防接種を受けてから効果が現れるまで2週間程度かかり、約5か月間効果が持続するといわれています。効果的な予防のために、インフルエンザが流行する前の12月中旬くらいまでに、接種を受けておくようにしましょう。ウイルスは毎年変化しながら流行するため、毎年予防接種を受けることが効果的です。

## 4. インフルエンザ予防接種の副反応

予防接種の跡が赤みを帯びたり、腫れたり痛んだりすることがありますが、通常2～3日のうちに治ります。わずかながら発熱、寒気、頭痛、全身のたるさなどが出ることがありますが、通常は数日で治ります。まれに、神経系の障がいがあることがあります。

## 5. 重大な副反応（ワクチン添付文書より）

まれにショック、アナフィラキシー（急激で強いアレルギーのことで、全身のじんましん、呼吸困難、発汗等）を起こすことがあります。その他、急性散在性脳脊髄炎、脳炎・脳症、脊髄炎、視神経炎、ギラン・バレー症候群、けいれん、肝機能障がい、黄疸、喘息発作、血小板減少性紫斑病、血小板減少、血管炎、間質性肺炎、皮膚粘膜眼症候群、急性汎発性発疹性膿疱症、ネフローゼ症候群等が報告されております。

## 6. 助成対象など

予防接種法に基づくインフルエンザ予防接種の対象者は、①65歳以上の方、または②60歳以上64歳の方で心臓、腎臓、呼吸器の機能に自己の身の日常生活活動が極度に制限される程度の障がいや、及びヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障がいやを有する方です。

具体的に②に該当する方は、次のいずれかに該当する方です。

- (ア) 「心臓機能の障がい」、「腎臓機能の障がい」、「呼吸器機能の障がい」、「ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障がい」による**身体障害者手帳1級**をお持ちの60歳以上64歳の方
- (イ) 身体障害者手帳の認定は受けていないが上記(ア)と同じ機能障がいがあり、**身体障害者手帳1級**に相当する状態である60歳以上64歳の方

上記、(ア)・(イ)に該当する方がインフルエンザの予防接種を受ける場合は、事前に予防接種が可能か否かをかかりつけ医師に良く相談してください。

また(ア)に該当する方は、「身体障害者手帳」の写しを、(イ)に該当する方は、該当する旨の「診断書」の写しを医療機関に提出してください。

**裏面もお読み下さい（重要）**

## インフルエンザの予防接種は義務ではなく、ご本人が接種を希望する場合に行うものです。

麻痺や認知症状があり、ご本人の意志が家族やかかりつけ医などによっても確認できない場合には、予防接種法に基づく接種はできません。

## 7. 予防接種をうける前に

### (1) 一般的注意

インフルエンザ予防接種について、説明書をよく読んで必要性や副反応についてよく理解しましょう。気になることがあれば予防接種を受ける前に、担当医師や看護師などに相談しましょう。十分に納得できない場合には、接種を受けないでください。

予診票は、これまでの病歴や現在の健康状態などを確認して、接種する医師がその日予防接種ができるかどうかを判断する大切な情報です。健康被害を未然に防止するためにも必要なものです。基本的には、接種を受けるご本人が責任をもって記入し、正しい情報を伝えてください。

### (2) 予防接種を受けることができない人

- ①明らかに発熱している人（通常は 37.5℃以上）
- ②重篤な急性疾患にかかっている人
- ③インフルエンザワクチンに含まれる成分によって、アナフィラキシーを起こしたことのある人  
※「アナフィラキシー」とは通常接種後約 30 分以内に起こる強いアレルギー反応のことです
- ④以前にインフルエンザの予防接種を受けた後、2 日以内に発熱や全身の発疹（ほっしん）・じんましん等アレルギーと思われる症状があった人
- ⑤その他、医師が「接種を受けることができない」状態と判断した場合

### (3) 接種を受けるにあたって注意が必要な人（医師とよく相談しなくてはならない人）

- ①心臓血管系疾患・腎臓疾患・肝臓疾患や血液疾患、その他慢性の病気で治療を受けている人
- ②今までにけいれんを起こしたことがある人
- ③今までに免疫不全と診断された人または近親者に先天性免疫不全症の人がいる場合
- ④間質性肺炎、気管支ぜんそく等の呼吸器系の疾患がある人
- ⑤今までにインフルエンザ以外の予防接種を受けて、2 日以内に発熱や全身の発疹などアレルギー症状があった人
- ⑥インフルエンザワクチンの成分または鶏卵、鶏肉、その他鶏由来のものに対して、アレルギーがある人

### (4) 予防接種を受けた後の一般的注意事項

- ①接種後に重いアレルギー症状が起こることがあるので、接種後はすぐに帰宅せず、少なくとも 30 分間は、安静にしてください。
- ②インフルエンザワクチンの副反応の多くは 24 時間以内に起こりますので、特にこの間は体調に注意しましょう。
- ③接種当日はいつも通りの生活をして結構ですが激しい運動や大量の飲酒はやめましょう。

## 8. 予防接種健康被害救済制度について

法に基づく予防接種を受けたことが原因で重篤な健康被害（疾病、障がい又は死亡）が生じたと認定された場合、予防接種法に定める医療費や各種手当などの給付が受けられる制度です。接種した市町村長から都道府県を経由して、厚生労働省へ認定申請等を行います。給付申請の必要が生じた場合には市の予防接種担当課へご相談ください。

（日光市健康課 電話：0288-21-2756）