

接種を受ける前に必ずお読みください

高齢者インフルエンザ予防接種のご案内（説明書）

1 インフルエンザ予防接種について

インフルエンザ予防接種は、A型株2種類とB型株1種類の計3種類のウイルス株で構成された3価ワクチンを接種します。

（1）対象者

ア **浜松市内**に住民登録がある接種日当日65歳以上の人

イ **浜松市内**に住民登録がある接種日当日60歳以上65歳未満の人で、心臓、腎臓又は呼吸器の機能低下により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のある人及び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がいのある人（身体障害者手帳1級程度）

（2）実施期間

10月1日～翌年1月31日

※このワクチンの効果が持続するのは、接種後2週間から5ヵ月程度とされています。例年インフルエンザが流行する1月～3月頃に効果が維持できるよう、12月中旬までに接種されることをお勧めします。

（3）自己負担額

1,600円（※次のア・イに該当する人は無料となります。）

ア 生活保護受給世帯に属する人、中国残留邦人（自己負担無しの接種券を送付しています。）

イ 市民税非課税世帯（世帯全員が非課税）に属する人（世帯全員が市民税非課税であることがわかる書類を医療機関に提示すると無料で受けられます。または、接種前に申請すれば自己負担無しの接種券を発行します。お近くの健康づくりセンターまでお問い合わせ下さい。）

（4）接種回数

公費での接種は、上記実施期間中に1回のみ（2回目を接種した場合は、公費助成はありません。）

2 インフルエンザの予防

この予防接種は、インフルエンザ発病後の重症化防止が目的です。感染を完全に阻止するものではありません。

また、感染予防のためには、人混みを避け、常日ごろから十分な栄養や休息をとることも大事です。外出時のマスクや帰宅時の手洗い・うがいは、感染予防の基本です。

3 インフルエンザ予防接種の副反応

予防接種の注射の跡が、赤みを帯びたり、はれたり、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。また、僅かながら熱が出たり、寒気がしたり、頭痛、全身のだるさなどが見られることもあります。通常2～3日のうちに治ります。非常にまれですが、ショックやじんましん、呼吸困難などが現れることがあります。

《裏面参照》

4 インフルエンザ予防接種を受ける前に

インフルエンザの予防接種について、説明書などをよく読んで副反応などについてよく理解しましょう。気にかかることや分からないことがあれば、予防接種を受ける前に担当の医師や看護師等に相談しましょう。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。予診票は接種をする医師にとって、予防接種の可否を決める大切な情報です。基本的には、接種を受ける本人が責任をもって記入し、正しい情報を接種医に伝えてください。

(1) 予防接種を受けることができない人

- ア 37.5℃以上の熱のある人
- イ 重篤な急性疾患にかかっている人
- ウ 予防接種の接種液の成分（インフルエンザワクチンや卵など）によってアナフィラキシー症状（アレルギー反応）を呈したことが明らかな人
- エ 過去に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人及び全身性発疹などのアレルギーを疑う症状を呈したことがある人
- オ その他、医師が接種不適当な状態にあると判断した人

(2) 予防接種を受けるのに注意が必要な人

- ア 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患などの基礎疾患がある人
- イ 過去にけいれんを起こしたことがある人
- ウ 過去に免疫不全の診断がされている人及び、近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
- エ 間質性肺炎、気管支ぜんそくなどの呼吸器系疾患がある人
- オ 接種しようとする接種液の成分に対してアレルギー反応を起こすおそれのある人

(3) 予防接種を受けた後の一般的注意事項

- ア インフルエンザワクチン接種後24時間は有害事象（健康状態の変化）の出現に注意し、様子をみましょう。特に、接種直後の30分以内は急激な健康状態の変化に注意しましょう。
- イ 入浴は差し支えありませんが、注射した部位を強くこすることはやめましょう。
- ウ 激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。

5 その他

(1) 予防接種を受けない場合

接種医の説明を十分聞いた上で、ご本人が接種を希望しない場合、家族やかかりつけ医の協力を得てもご本人の意思の確認ができなかったため接種をしなかった場合、当日の身体状況などにより接種をしなかった場合などにおいては、その後インフルエンザにかかり重症化、死亡が発生しても、担当した医師にその責任を求めることはできません。

(2) 副反応などが起こった場合

予防接種の後、副反応が起こることがあります。また、予防接種と同時に、ほかの病気がたまたま重なって現れることがあります。

予防接種を受けた後、接種した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、顔色の悪さ、血圧低下、高熱などが現れたりしたときは、接種した医師（医療機関）の診察を受けてください。

(3) 予防接種健康被害救済制度について

厚生労働大臣が、予防接種による健康被害と認めた場合は、予防接種法による健康被害救済制度が適用され、健康被害に対する給付が行われます。

※給付申請のご相談は、健康増進課（連絡先：053-453-6119）へご連絡ください。

高齢者インフルエンザ予防接種予診票

ボールペンで、この票のあいているところに記入し、その他は該当項目を○で囲んでください。

(太枠の部分は、特にていねいにご記入ください。)

住 所		浜松市		区		電話			
フリガナ						男		生	
受ける人の氏名						女		年	
						大正		年	
						昭和		(月	
								日生	
								(歳)	

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			
今年度(10月1日以降に) インフルエンザの予防接種を受けるのは初めてですか。		いいえ はい			
現在、何か病気にかかっていますか。		はい いいえ			
病名 ()					
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言われましたか。		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。		はい いいえ			
具合の悪い症状を書いてください。()					
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			
薬・食品名(鶏卵・その他 ())					
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			
①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			
②インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。		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。		はい いいえ			
最近1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。(ある場合には最後に接種した接種年月日と予防接種の種類を記載してください。) 接種年月日 年 月 日		はい いいえ			
予防接種の種類 ()					
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 ()					
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言われましたか。		いいえ はい			
最近1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。		はい いいえ			
病名 ()					
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		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	
		接種を受ける本人に対して、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、説明しました。		医師のサイン	
				(注)ワクチンの種類・有効期限を要確認	

使用ワクチン	接 種 量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	(皮下接種)	実 施 場 所
Lot No.	0.5 mL	医 師 名
(注)有効期限が切れていないか要確認		接種年月日(非接種判定日) 20 年 月 日

インフルエンザ予防接種希望書 (医師の診察の後に記入してください。)

医師の診察・説明を受け、インフルエンザ予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、接種を希望しますか。 (接種を希望する・接種を希望しない)

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、本予診票が浜松市に提出されることに同意します。

20 年 月 日 被接種者自署 _____

(代筆者 続柄)

(※自署できない者は代筆者が被接種者氏名を署名し、代筆者氏名および被接種者との続柄を記載)

〔医療機関(医師)控〕

高齢者インフルエンザ予防接種済証

住 所	浜松市 区			電話			
フリガナ		男 女	生 年 月 日	大正 昭和	年 月 日	生 日	
受ける人の氏名				(	歳)		

この接種済証は、予防接種の大切な記録です。大切に保管してください。

20 年 月 日

浜 松 市 長

使用ワクチン	接 種 量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	(皮下接種)	実 施 場 所
Lot No.	0.5 mL	医 師 名
(注)有効期限が切れていないか要確認		接種年月日 (非接種判定日) 20 年 月 日

〔接種済証〕

⑨ 実施医療機関名等については、ゴム印でもかまいません。

高齢者インフルエンザ予防接種 予診票兼接種・非接種通知書

ボールペンで、この票のあいているところに記入し、その他は該当項目を○で囲んでください。

(太枠の部分は、特にていねいにご記入ください。)

医療機関確認欄									
1 対象 年齢	対象年齢外					区 分	無料		
	2 心	3 腎	4 呼	5 免	6 生 保		7 非 課 税		
無 料 接 種 券 番 号 (お持ちの方のみ)									

診察前の体温	度	分
--------	---	---

住 所	浜松市	区	電話	
フリガナ		男 女	生 年 月 日	大正 年 月 日生 昭和 (歳)
受ける人の氏名				

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	
今年度(10月1日以降に) インフルエンザの予防接種を受けるのは初めてですか。	いいえ はい	
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言われましたか。	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。 薬・食品名(鶏卵・その他 ())	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。	はい いいえ	
①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	
②インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。	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。	はい いいえ	
最近1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。(ある場合には最後に接種した接種年月日 と予防接種の種類を記載してください。) 接種年月日 年 月 日	はい いいえ	
予防接種の種類 ()		
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言われましたか。	いいえ はい	
最近1ヵ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がありますか。	はい いいえ	
医師の 記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は 3 可 能 2見合わせる	医師のサイン
接種を受ける本人に対して、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、説明しました。		(注)ワクチンの種類・有効期限を要確認

〔浜松市提出分〕

使用ワクチン	接 種 量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	(皮下接種)	実 施 場 所
Lot No.	0.5 mL	医 師 名
(注)有効期限が切れていないか要確認		接種年月日(非接種判定日) 20 年 月 日

インフルエンザ予防接種希望書 (医師の診察の後に記入してください。)

医師の診察・説明を受け、インフルエンザ予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、接種を希望しますか。 (接種を希望する・接種を希望しない)

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、本予診票が浜松市に提出されることに同意します。

20 年 月 日 被接種者自署 _____

(代筆者 続柄)

(※自署できない者は代筆者が被接種者氏名を署名し、代筆者氏名および被接種者との続柄を記載)