

		診察前の体温	度	分
住 所	足寄町			
ふりがな				男 ・ 女
氏 名				
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日生 (満 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裏面の説明文を読みましたか		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、今日の予防接種を受けても良いと言われましたか		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、身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		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で具合が悪くなったことはありますか		は い	いいえ	
今までに、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	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 ()		は い	いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患など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	
最近1ヶ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	

太枠の中を黒のボールペンで記入して下さい。

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(可能・見合わせる) 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、説明した。 医師署名又は記名押印		
ワクチンロット番号	接種量	実施医療機関名・医師名・接種年月日	
Lot No.	皮下接種 0.5 ml	実施医療機関名 医 師 名 接種年月日	令和 年 月 日

インフルエンザ予防接種希望書・助成申請書

(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、予防接種の効果や副反応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)

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。

インフルエンザ予防接種の助成申請をします。また、助成金の受領を実施医療機関に委任します。

このことを理解の上、本予診票が町に提出されることに同意します。

令和 年 月 日

被接種者署名

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

代筆者

続柄 ()

『インフルエンザと予防接種について』

接種予定日

月 日 ()

1. インフルエンザとは

インフルエンザウイルスによる感染症です。

普通のかぜに比べて全身症状が強く、気管支炎や肺炎などを合併し、流行すると、特に65歳以上の高齢者や慢性疾患患者で重症化することが多いです。

2. インフルエンザ予防接種の有効性

予防接種後インフルエンザの抵抗力がつくまでに2週間かかります。その効果が持続する期間は約5ヶ月間とされています。予防の効果を高めるためには、毎年インフルエンザが流行する前の12月中旬までに接種を受けておく必要があります。

また、本ウイルスは毎年変化しながら流行するため、一般的に、65歳以上の方は1シーズンに1回の予防接種を受けておくと効果があると言われています。

3. インフルエンザ予防接種の副反応

過敏症：まれに接種直後から数日中に、発疹、じんましん、紅斑、かゆみがあらわれることがあります。

全身症状：発熱、悪寒、頭痛、倦怠感等を認めることがあります。通常2～3日中に消失します。

局所症状：赤みを帯びたり、腫れたり、痛みを認めることがあります。通常2～3日中に消失します。

また極まれに、肝機能障害、喘息発作、けいれん、ショック症状などの報告があります。

4. 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（37.5℃を越える場合）
- ②重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
- ③過去にインフルエンザ予防接種によって、アナフィラキシーを起こしたことが明らかな人
- ④その他、医師が不適当な状態と判断した場合です

※上記①～③に入らなくても医師が接種不適当と判断した時は接種できません。

5. 予防接種を受けるに際し、担当医師とよく相談しなくてはならない人

- ①心臓病、腎臓（じんぞう）病、肝臓病や血液、その他慢性の病気で治療を受けている人
- ②予防接種を受け、2日以内に発熱、発疹、じんましんなどアレルギーを思わす症状がみられた人
- ③過去にけいれんの既往のある人
- ④過去に免疫不全の診断がなされている人
- ⑤薬の投与又は食事（ニワトリの卵や肉など）にアレルギーを呈するおそれのある人

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、有効性や副反応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、役場保健師に確認してください。

予診票は接種する医師にとって、予防接種の可否を決める大切な情報です。**接種を受ける方が責任を持って記入し、正しい情報を医師に伝えてください。**

助成対象者

町で助成をする対象者は接種日において ①満65歳以上の方②60歳以上65歳未満で心臓、腎臓及び呼吸器の障害により自己の日常生活活動が極度に制限される方です。

※接種を受けることの義務はなく、本人が接種を希望する場合に限り接種を行います。

★お問い合わせ先～役場福祉課保健福祉室 保健推進担当 (0156) - 25 - 2571