

## インフルエンザ予防接種予診票

|        |   |   |
|--------|---|---|
| 診察前の体温 | 度 | 分 |
|--------|---|---|

〈生保№ 〉

|      |      |     |                  |
|------|------|-----|------------------|
| 住 所  | 南相馬市 | TEL |                  |
| ふりがな |      | 性 別 | □明治 年 月 日生       |
| 氏 名  |      | 男・女 | □大正<br>□昭和 (満 歳) |

| 質 問 事 項                                                          | 回 答 欄   | 医師記入欄 |
|------------------------------------------------------------------|---------|-------|
| 今シーズンにインフルエンザ予防接種を受けたことがありますか。(令和 年 月)<br>(はい(2回目)の場合、全額自己負担です。) | は い いいえ |       |
| 今日のインフルエンザ予防接種について裏面の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。                                                | 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もよ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、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。( )                                              |         |       |
| 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 |       |
| 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 |       |
| 1ヵ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 |       |

※予診票に署名がないと予防接種は受けられません。

|       |                                                                                                  |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 )<br>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、説明をした。<br>医師署名又は記名押印 |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|

|              |        |                    |
|--------------|--------|--------------------|
| ワクチンロット番号    | 接 種 量  | 実施場所・医師名・接種年月日     |
| Lot №        | (皮下接種) | 実施場所               |
| ※有効年月日 年 月 日 | 0.5 ml | 医 師 名              |
|              |        | 接種年月日 令和 年 月 日 時 分 |

## 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。)

私は、医師の診察・説明を受け、インフルエンザの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。  
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で、本予診票が南相馬市に提出されることに同意します。

令和 年 月 日

接種を受けるかたの署名

代筆者名

続柄

(※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)

## インフルエンザ予防接種予診票

|        |   |   |
|--------|---|---|
| 診察前の体温 | 度 | 分 |
|--------|---|---|

〈生保№ 〉

|      |      |     |                  |
|------|------|-----|------------------|
| 住 所  | 南相馬市 | TEL |                  |
| ふりがな |      | 性 別 | □明治 年 月 日生       |
| 氏 名  |      | 男・女 | □大正<br>□昭和 (満 歳) |

| 質 問 事 項                                                          | 回 答 欄   | 医師記入欄 |
|------------------------------------------------------------------|---------|-------|
| 今シーズンにインフルエンザ予防接種を受けたことがありますか。(令和 年 月)<br>(はい(2回目)の場合、全額自己負担です。) | は い いいえ |       |
| 今日のインフルエンザ予防接種について裏面の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。                                                | は い いいえ |       |
| 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もよ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、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。( )                                              | 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 |       |
| 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 |       |
| 1ヵ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 ( )                                                          | 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 |       |

※予診票に署名がないと予防接種は受けられません。

|       |                                                                                                  |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 )<br>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、説明をした。<br>医師署名又は記名押印 |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|

|              |        |                    |
|--------------|--------|--------------------|
| ワクチンロット番号    | 接 種 量  | 実施場所・医師名・接種年月日     |
| Lot №        | (皮下接種) | 実施場所               |
| ※有効年月日 年 月 日 | 0.5 ml | 医 師 名              |
|              |        | 接種年月日 令和 年 月 日 時 分 |

## 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。)

私は、医師の診察・説明を受け、インフルエンザの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。  
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で、本予診票が南相馬市に提出されることに同意します。

令和 年 月 日

接種を受けるかたの署名

代筆者名

続柄

(※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)

# インフルエンザ予防接種済証

住 所 南相馬市

ふりがな

氏 名

性 別

男 ・ 女

☐明治

生年月日 ☐大正

☐昭和

年 月 日生

(満 歳)

ワクチンロット番号

Lot No.

※有効年月日 年 月 日

接 種 量

(皮下接種)

0.5 ml

実施場所・医師名・接種年月日

実施場所

医 師 名

接種年月日 令和 年 月 日 時 分

福島県南相馬市長



## インフルエンザ予防接種説明書

インフルエンザの予防接種を実施するにあたって、受けられる方の健康状態をよく把握する必要があります。そのため、表面の予診票にできるだけ詳しくご記入ください。

また、気にかかることや分からないことがあれば、担当の医師や看護師、市の担当課に質問しましょう。

また、インフルエンザ予防接種はあくまでも**ご本人の意思に基づいて接種を受けるため**、医師の説明と本人の同意(インフォームドコンセント)がない場合、医師は接種を行いません。**なお、市の助成回数は、実施期間中 1 人 1 回のみです。(2 回目の接種は全額自己負担となります。)**

### [インフルエンザ予防接種の有効性及び副反応]

予防接種により、**高齢者の発病防止や重症化防止に有効**であることが確認されています。

一方副反応では注射部位が、赤くなる、腫れる、痛くなることがありますが通常 2～3 日で消失します。発熱、頭痛、寒気、倦怠感などもまれに起こります。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。

### [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（一般的に、体温が 37.5℃ 以上の場合を指します。）
2. 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
3. 本剤の成分または卵等によって、アナフィラキシーショックを起こしたことが明らかな人
4. 以前にインフルエンザの予防接種を受けたとき、2 日以内に発熱、発疹（はっしん）、じんましんなどアレルギーと思われる異常がみられた人
5. その他、予防接種を行うことが不適当な状態にある人

※1～4 以外でも、医師が接種不適当と判断した時は接種できません。

### [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、じん臓病、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. ヒト免疫不全ウイルスにより、免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有するもの
3. 今までにけいれんを起こしたことがある人
4. 気管支喘息及びインフルエンザ予防接種の成分又は鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のものに対して、アレルギーがあるといわれたことがある人

### [予防接種を受けた後の一般的な注意事項]

1. インフルエンザワクチンの副反応の多くは 24 時間以内に出現しますので、特にこの間は体調に注意しましょう。特に予防接種を受けた後 30 分間は、急な副反応が起こることがあります。
2. 入浴は差し支えありませんが、接種してから 1 時間を経過してからにしましょう。
3. 接種当日はいつもの生活をしてもかまいませんが、激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
4. **予防接種後、接種部位の異常反応や体調変化がある場合は、速やかに医師の診察を受けましょう。また、診察後には南相馬市健康づくり課（原町保健センター）に連絡ください。**

### [予防接種による健康被害救済制度について]

- ・ 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、予防接種法に基づく補償を受けることができます。
- ・ 健康被害の程度等に応じて、医療費、医療手当、障害児養育年金、障害年金、死亡一時金、葬祭料の区分があり、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、治療が終了するまたは障害が治癒する期間まで支給されます。
- ・ ただし、その健康被害が予防接種によって引き起こされたものか、別の要因（予防接種をする前あるいは後に紛れ込んだ感染症あるいは別の原因等）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補償を受けることができます。

**[問い合わせ先] 健康づくり課（原町保健センター） 電話 0244 (23) 3680**