

# 定期 高齢者インフルエンザ予防接種予診票

伊勢市・度会郡  
(住民登録がある方のみ)

|             |                                                                                   |  |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--|
| 健康手帳 交付・再交付 | 生活保護 <input type="checkbox"/> (該当の方は <input type="checkbox"/> にチェックし、下記に署名してください) |  |
|             | 生活保護受給者であることの調査に同意します。【署名 _____】                                                  |  |

|      |                                        |             |       |
|------|----------------------------------------|-------------|-------|
| 住 所  |                                        |             |       |
| フリガナ |                                        | 性 別         | 男 ・ 女 |
| 氏 名  |                                        | 電話番号        | — —   |
| 生年月日 | (どちらかに○をつけてください)<br>大正・昭和 年 月 日生 (満 歳) | 診察前の<br>体 温 | 度 分   |

| 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。<br>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。<br>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、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。<br>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。<br>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<br>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 場 所 ・ 医 師 名 |  |
| Lot No.   | (0.5mlを皮下接種) |                 |  |
| (有効期限要確認) | m l          |                 |  |
| 接 種 年 月 日 |              |                 |  |
| 令和 年 月 日  |              |                 |  |

|                                                                  |                            |  |     |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------|--|-----|
| 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。)                 |                            |  |     |
| 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。<br>このことを理解の上、本予診票が市町に提出されることに同意します。 |                            |  |     |
| 被接種者署名及び代筆者署名欄 (※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してください。)     |                            |  |     |
| 令和 年 月 日                                                         | 被接種者署名<br>(代筆者が署名される場合も記入) |  |     |
|                                                                  | 代筆者署名                      |  | 続 柄 |

※太枠内を黒ボールペンではっきりと、正確に記入してください。



## 高齢者インフルエンザ予防接種を受ける前に ～接種前によく読み、わからないことは医師に相談しましょう～

### 1. 一般的注意

インフルエンザ予防接種について、資料等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。気にかかることや、わからないことがあれば、予防接種を受ける前にかかりつけ医や市町担当課にお問合せください。法律に基づく高齢者インフルエンザ予防接種は、ご本人の意思と責任で接種を希望する場合に行います。（義務ではありません）十分に納得できた場合のみ接種を希望してください。

※ 2回目以降の接種は、全額自己負担（料金は医療機関により異なります）となります。

### 2. 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）
- ② 重い急性疾患にかかっていることが明らかな人
- ③ 予防接種の接種液の成分によって、アナフィラキシー（発汗、顔が急にはれる、全身にひどいじんましんが出る、吐き気、嘔吐、声が出にくい、息苦しいなどの症状に続き、血圧が下がるなどの全身症状）を起こしたことがあることが明らかな人
- ④ その他、医師に不適当な状態と判断された人

### 3. 予防接種を受けるに際し、担当医とよく相談しなければならない人

- ① 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人
- ② 過去にけいれんの既往のある人
- ③ 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
- ④ 過去に予防接種を受けて、接種後 2 日以内に発熱や全身性の発疹などのアレルギーが疑われる症状がでた人
- ⑤ 接種しようとする接種液の成分に対してアレルギーを呈するおそれのある人

### 4. ワクチンの効果と副反応

- ① 有効性…インフルエンザ予防接種は高齢者の発症防止や特に重症化防止に有効です。  
（高齢者では発病予防効果が 34%～55%、死亡を阻止する効果は 82%）  
予防接種を受けてから抵抗力がつくまでに 2 週間程度かかり、その効果が十分に持続する期間は約 5 ヶ月間とされています。
- ② 副反応…過敏症（発疹、じんましん、紅斑、かゆみ等）、全身症状（発熱、悪寒、頭痛、倦怠感等）、局所症状（発赤、腫脹、疼痛等）がありますが、通常 2～3 日で消失します。その他、重大な副反応としてまれに、ショック、アナフィラキシー、ギランバレー症候群、けいれん、急性散在性脳脊髄炎（ADEM）、脳症、脊髄炎、視神経炎、肝機能障害、黄疸、喘息発作、急性汎発性発疹性膿疱症等が報告されています。

定期の予防接種により重い副反応が生じた場合、厚生労働大臣が予防接種によるものと認定したときには予防接種健康被害救済制度による給付の対象となります。

### 5. 予防接種を受けた後の一般的注意事項

- ① インフルエンザワクチン接種後 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 分以内は急な副反応が起こることがあるので健康状態の変化に十分注意しましょう。
- ② 接種後は、接種部位を清潔に保ち、接種当日は、激しい運動や過度な飲酒を避けましょう。
- ③ 接種局所の異常反応や体調の変化が生じた場合は、速やかに医師の診察を受けてください。
- ④ 予防接種当日の入浴は差し支えありません。

ご不明なことがありましたら市町担当課までお問合せください。

伊勢市健康福祉部健康課（電話 0596-27-2435）  
度会町保健こども課（電話 0596-62-1112）  
大紀町健康福祉課（電話 0598-86-2216）

玉城町保健福祉課（電話 0596-58-8000）  
南伊勢町子育て・福祉課（電話 0599-66-1114）