

生活保護	市区町村
受給()	
中国残留邦人	

高齢者インフルエンザ予防接種予診票

高崎市

※太枠の中を記入して下さい

〈受診券シール又は予防接種番号記入〉

65歳の誕生日から接種できます。
公費による接種は接種期間中1回のみです。

診察前の体温	度	分(医療機関で検温)
--------	---	------------

住所	高崎市	TEL	-	-
フリガナ氏名		男・女	生年月日	明大昭 年 月 日 (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は今年1回目ですか。	はい	いいえ	
今日のインフルエンザの予防接種について説明書(裏面)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、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がありますか。	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か月以内に予防接種を受けましたか。新型コロナワクチンとの間隔は2週間以上空いていますか。 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。 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	
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	<p>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制度について、説明した。</p> <p style="text-align: center;">医師署名又は記名押印</p>
-------	---

ワクチンロット番号	接種量	医療機関名・住所・医師名・接種年月日
※有効期限要確認 ワクチン名 Lot No (ロットシールの貼付でも可)	皮下接種 0.5 ml	<p>医療法人社団 田貫会 高瀬クリニック</p> <p>〒370-0036 群馬県高崎市南大類町885番地2</p> <p style="text-align: right;">接種年月日 (必ず記入すること) 令和 年 月 日</p>

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的とします。このことを理解の上、本予診票が高崎市に提出されることに同意します。医師の診察・説明を受け、もしくは説明を読み予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性及び予防接種健康被害救済制度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)

(必須)

被接種者自署

代筆者氏名 続柄()

※ 自署できない者は被接種者の氏名を代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載 (例 妻、息子、施設職員など)

裏面をご覧ください

インフルエンザワクチンの接種について

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ので、表面の予診票にできるだけ詳しくご記入ください。

また、下記の注意事項等を必ず読んでから接種を受けてください。

ワクチンの効果と副反応

予防接種により、インフルエンザの感染を予防したり、発病しても症状を軽くしたり、また、インフルエンザによる合併症や死亡を予防する一定の効果があるとされています。

接種による副反応では注射した部分が赤くなったり、腫れたり、痛くなることがありますが通常は2～3日で治まります。このほか発熱、頭痛、寒気、だるさなどが起こることがあります。非常に稀ですが、ショックやじんましん、呼吸困難などの症状があらわれることがあります。また、卵アレルギーのある方は接種前に医師に申し出てください。

インフルエンザ予防接種公費助成対象者

- ・**対象者** : **接種当日 満 65 歳以上の人**
満 60 歳以上 65 歳未満で心臓・腎臓・呼吸器・免疫の機能に身障者手帳 1 級と同程度の障害があると判断される方も受けられます。
- ・**接種期間** : 10 月から **12 月末日まで**(医療機関の休診日等にご注意ください)
- ・**自己負担額** : **1, 500 円** ※接種期間中1人1回のみ
但し、対象者で生活保護や中国残留邦人の支援を受けている人は無料
- ・**持ち物** : **健康づくり受診券の中のインフルエンザ受診券、健康保険証**

接種不相当者（接種を受けることが適当でない人）

次のいずれかに該当すると認められる場合には、接種を受けることができません。

- ・明らかな発熱（37.5℃以上）を呈している人。
- ・重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人。
- ・インフルエンザワクチンの成分によってアナフィラキシーを呈したことがあることが明らかな人。
- ・インフルエンザワクチン接種で、接種後2日以内に発熱のみられた人、及び全身性発疹等のアレルギーを疑う病状を呈したことがある人
- ・上記の他、医師が不相当な状態と判断した人。

予防接種健康被害救済制度について

極めて稀ですが、重い副反応が生じることもあります。このような場合に厚生労働大臣が予防接種法に基づく定期の予防接種によるものと認定したときは、予防接種法に基づく健康被害救済の給付の対象となります。

お問い合わせ先

高崎市保健所 保健予防課予防接種担当	電話	027-381-6112
箕郷保健センター	電話	027-371-9060
群馬保健センター	電話	027-373-2764
新町保健センター	電話	0274-42-1241
榛名・倉渕保健センター	電話	027-374-4700
吉井保健センター	電話	027-387-1201