

宮崎市・国富町・綾町の高齢者等インフルエンザ予防接種の対象者のみにご使用ください。

宮崎市・国富町・綾町 高齢者等インフルエンザ予防接種予診票

診察前の体温： 度 分	対象者区分	1. 65歳以上 2. 60歳～64歳	生活保護 ケース番号	
住所 (住民登録地)	宮崎市 東諸県郡		電話	
フリガナ		男 女	生年月日	大正・昭和 年 月 日生(歳)

太枠内を黒ボールペンではっきりとお書きください。

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	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()	いいえ	はい	
・治療(投薬など)を受けていますか	いいえ	はい	
・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	いいえ	はい	
今日、体に具合の悪いところがありますか	いいえ	はい	
・具合の悪い症状を書いてください()	いいえ	はい	
薬やニワトリの肉・卵を含む食品などで皮膚に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	いいえ	はい	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか	いいえ	はい	
接種後、2日以内に熱が出たり、具合が悪くなったことはありますか	いいえ	はい	
インフルエンザ以外の予防接種の際、具合が悪くなったことはありますか	いいえ	はい	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか	いいえ	はい	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか	いいえ	はい	
・予防接種の種類と日付(種類： 日付)	いいえ	はい	
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	いいえ	はい	
・病名()	いいえ	はい	
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も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	いいえ	はい	
・病名()	いいえ	はい	
今日の予防接種について質問がありますか	いいえ	はい	

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)【見合わせた理由： 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。 医師署名または記名押印
-------	---

メーカー名 接種量は0.5mlであることを注意 LotNo	医療機関コード
0.5 ml 左上腕 ・ 右上腕	実施場所
有効期限 年 月 日 期限内であっても昨年度製造ロットのワクチンは使用不可	医師名
	接種年月日 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 ・ 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。このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。
また、この予防接種の対象外と判明した場合は、全額自己負担をすることに同意します。

被接種者署名 _____ (代筆の場合も必ず記入)

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

高齢者等インフルエンザ予防接種について（説明書）

予診票は接種をする医師への大切な情報です。接種を受ける人が責任を持って出来るだけ詳しくご記入ください。

【 接種対象者 】

接種日に宮崎市・国富町・綾町に住民登録があって以下の条件にあてはまり、かつ本人が接種を希望する人です。

- ① 65歳以上の人
- ② 60歳以上65歳未満の人であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する人及び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人

※新型コロナウイルスワクチンと同時接種が可能です。

【 予防接種を受けることができない人 】

- ① 明らかな発熱を呈している人(37.5℃以上)
- ② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
- ③ インフルエンザ予防接種の接種液の成分によって、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
- ④ 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等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある人
- ⑤ その他、医師が不適当な状態と判断した場合

【 予防接種を受けるに際し、医師とよく相談しなくてはならない人 】

- ① 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患及び発育障がい等の基礎疾患を有することが明らかな人
- 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 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患を有する人
- ⑤ インフルエンザワクチンの成分又は鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来の物に対して、アレルギーを呈するおそれのある人

【 予防接種を受けた後の注意事項 】

- ① 予防接種を受けた後30分間くらいは、医師（医療機関）とすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。

急な副反応としてショックやアナフィラキシー様症状（じんましん、呼吸困難、血管浮腫等）が、この間に起こることがあります。その他の副反応として、まれに接種直後に過敏症（発疹・じんましん・痒み等）があらわれることがあります。また、局所症状（ワクチンを接種した場所の発赤・腫れ・痛み等）や全身症状（発熱・悪寒・頭痛・倦怠感等）が起こることがありますが、通常2～3日で消失します。

極めてまれに重大な副反応（ギランバレー症候群や急性散在性脳脊髄炎（ADEM）等）が生じた場合、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。給付申請が必要となった場合は、接種医と宮崎市・国富町・綾町にご連絡ください。

- ② 接種部位は清潔に保ちましょう。入浴は差し支えありませんが、接種部位を強くこすことはやめましょう。
- ③ 接種当日は、いつも通りの生活をしてかまいませんが、激しい運動は避けましょう。
- ④ 接種後、接種部位の異常な反応や体調の変化があった場合は、速やかに医師の診察を受けましょう。

↓切り取って健康手帳等に貼っておきましょう。

高齢者等インフルエンザ予防接種済証

インフルエンザ予防接種を下記のとおり実施したことを証します。

被接種者	氏名：
	生年月日： 年 月 日生
接種年月日	年 月 日
製薬会社名	
ワクチン Lot No.	
接種量	0.5ml
実施医療機関名	

不明な点がございましたら、下記までご連絡ください。

- 宮崎市健康支援課 29-5286
- 宮崎市総合福祉保健センター 52-1506
- 佐土原保健センター 73-1115
- 田野保健センター 86-0117
- 高岡福祉保健センター「ほくえんかん 穆園館」 82-5294
- 清武保健センター 85-1144
- 国富町 保健センター 75-3553
- 綾町 健康センター 77-0195