

インフルエンザ予防接種予診票

自己負担1,000円

R4

裏面の説明書をよく読み、太枠内を記入してください。

診察前の体温

度 分

住所 (避難先住所)	川内村大字 川内字	電話番号	()
氏名	男女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 (満 歳)

質問事項	解答欄	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は、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	
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	
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ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名()	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	

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・有効期限	実施場所・医師名・接種年月日
Lot No. 有効期限	実施場所 医師 接種年月日 令和 4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、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・希望しません)
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を同意します。

令和 4年 月 日 被接種者自署 _____

(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

インフルエンザ予防接種を受ける前に

予診票は医師にとって、予防接種の可否を決める大切な情報です。表面の予診票に出来るだけ詳しく記入し、正しい情報を接種医に伝えてください。

インフルエンザ予防接種の効果

インフルエンザ予防接種の有効性は世界的にも認められています。我が国においても高齢者の発病防止や特に重症化防止にも有効であることが確認されています。

インフルエンザ予防接種の副反応

予防接種の注射の跡が、赤みを帯びたり、はれたり、痛んだりすることがあります。また、発熱、悪寒、頭痛、全身のだるさなどがみられることもあります。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 **新型コロナウイルスのワクチン接種後、13日以上経過していない人**
- ② 明らかに発熱のある人（一般的に、体温が37.5℃以上の場合）
- ③ 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
- ④ 過去にインフルエンザの予防接種を受けて、アナフィラキシーを起こしたことがある人
- ⑤ 過去にインフルエンザの予防接種後2日以内に発熱や発疹等のアレルギーを疑う症状が出た人(ます)
- ⑥ その他、医師が予防接種を受けることが不適当と判断した人

《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、肝臓病や血液等の基礎疾患がある人
- ② 今までにひきつけ(けいれん)を起こしたことがある人
- ③ 過去に免疫不全の診断を受けている方や近親者に先天性免疫不全の方がいる人
- ④ 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人
- ⑤ 接種予定の接種液の成分に対してアレルギーが生じる可能性のある人

《ワクチン接種後の注意》

- ① 予防接種を受けた後に発行される予防接種済証は接種を受けたことを証明するものです。
お薬手帳に貼るなどして大切に保管しましょう。
- ② 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。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。
- ③ 入浴は差し支えありませんが、接種部位を強くこすることはやめましょう。
- ④ 接種当日はいつもの生活をしてまかまいませんが、激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
- ⑤ 予防接種を受けた後、接種局所の異常反応や体調の変化が出た場合は、すみやかに医師の診察を受けてください。

高齢者インフルエンザ接種費用助成について

助成対象者 接種日に川内村に住民票があり、①または②に該当する者

- ① 65歳以上の方
- ② 60歳以上65歳未満の方で心臓やじん臓、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方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方（障害者手帳1級程度）

期 間 令和4年10月1日から12月31日まで

自己負担額 1,000円（県内の医療機関で接種を受ける場合）

★県外で接種される方は、償還払いとなります。一旦料金を接種医療機関にお支払いいただき、接種費用助成申請書・予診票または予防接種済証の写し・領収書を添えて**1カ月以内**に申請して下さい。

接種費用から自己負担額(1,000円)を控除した額を助成します。(上限5,038円)

お問い合わせ先

川内村役場 保健福祉課 ☎0240-38-2941