【千葉市】 高齢者インフルエンザ予防接種予診票

フリガナ 氏　名		男・女	電話	（　　）
住　所	千葉市　　区			
生年月日	明治 大正　　年　　月　　日生（　　）歳 昭和	本日の体温	度　　分	

質　問　事　項	回答欄		医師記入欄
今日の予防接種について、**裏面に記載されている**効果や副反応などを理解しましたか	いいえ	はい	
現在、何か病気にかかって医師の治療を受けていますか 病名（　　）	はい	いいえ	
今までに心臓病、腎臓病、肝臓病や血液、免疫不全、けいれんの病気など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から今回の予防接種を受けても良いといわれていますか	いいえ	はい	
1か月以内に熱がでたり、病気にかかりましたか　病名（　　）	はい	いいえ	
今、体の具合の悪いところがありますか 悪いところを記入してください（　　）	はい	いいえ	
薬や食べ物、特に卵や鶏肉でじんましんなどのアレルギーが出たことがありますか それはどのようなものですか（　　）	はい	いいえ	
過去の予防接種についてお聞きします ①インフルエンザの予防接種の際に、具合が悪くなったことはありますか 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 はい	いいえ いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか　予防接種名（　月　日：　）	はい	いいえ	
今日の予防接種について聞きたいことがありますか	はい	いいえ	
（1月1日から1月15日に接種する人のみ回答） 昨年の10月1日から12月31日までの間に接種できなかった、やむを得ない事情がありましたか	いいえ	はい	

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、本日の予防接種は（　**可能**　・　**見合わせる**　） 本人に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに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**＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（ゴム印の場合は押印してください）

被接種者の記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、ワクチンの接種を（　**希望します**　・　**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、本予診票が千葉市に提出・保存されることに同意します。

令和　　年　　月　　日　被接種者（または代筆者）自署＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿**（続柄：　　）**

（※自署できない場合は**本人の接種意思を確認した上で**代筆者が署名し、代筆者氏名及びカッコ内に被接種者との続柄を記載）

メーカー名 Lot No. 有効期限　　年　　月　　日 接種年月日　　年　　月　　日	接種量 皮下接種 0.5ml	医療機関名 接種医師名	

（切り取り）

【千葉市】 高齢者インフルエンザ予防接種（医療機関控）

1 被接種者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿.　2 生年月日　明治・大正・昭和　　年　　月　　日生

3 接種年月日＿＿＿＿＿＿年　　月　　日　4 メーカー名 Lot No.＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿.

（切り取り）

【千葉市】 高齢者インフルエンザ予防接種済証（本人控）

1 被接種者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿.　2 生年月日　明治・大正・昭和　　年　　月　　日生

3 接種年月日＿＿＿＿＿＿年　　月　　日

4 メーカー名 Lot No.＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿.

医療機関名

接種医師名

(R1.9)

【千葉市】高齢者インフルエンザ予防接種について（注意事項）

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か月間とされています。より予防接種の有効性を高めるために、インフルエンザが流行する前の１２月上旬までにワクチンの接種を受けましょう。

対象となる方　千葉市にお住まいの方のうち、以下のいずれかに該当する方

（１）接種日に**６５歳以上**の方

（２）接種日に６０歳～６４歳の方で心臓、じん臓、呼吸器機能、またはヒト免疫不全ウイルスにより免疫機能に１級相当の障害がある方（予診票と一緒に身体障害者手帳の写しを医療機関に提出してください。）

実施期間　毎年**１０月１日～１２月３１日**

自己負担額　**１，８００円**

※生活保護を受給している方、市民税非課税世帯の方、中国残留邦人等の支援給付を受給している方は自己負担金が免除されます。該当する方は「保護受給証明書」、最新の介護保険料決定通知書の中にある「介護保険料算定の基礎」の写し（保険料段階が１～３のもの）、「支援給付受給証明書」などを予診票と一緒に医療機関へ提出してください。

接種意思の確認について

予防接種を受ける法的な義務はなく、本人が希望する場合に限り接種を行います。また、接種を受けるご本人に麻痺などがあって同意書に署名ができない場合や、正確な意思の確認が難しい場合などは、家族やかかりつけ医によって、特に慎重にご本人の接種意思の有無を確認してください。最終的にご本人の意思確認ができなかった場合は、接種を行うことができません。

インフルエンザワクチンの有効性について

６５歳以上の高齢者に対して行った調査では、予防接種を受けないでインフルエンザにかかった人の約４５％は、予防接種を受けていればインフルエンザにかからずに済んだこと、また予防接種を受けないでインフルエンザにかかって死亡した人の約８０％は、予防接種を受けていれば死亡せずに済んだことが報告されています。

また、インフルエンザウイルスは毎年変化しながら流行するため、毎年流行が予測されるウイルスにあった予防接種を受けておくことが効果的です。我が国のインフルエンザ予防接種は、近年の状況をみると流行したウイルスを予防するのに効果的でした。一般的には、６５歳以上の方は１シーズン１回の予防接種で効果があります。

予防接種を受けることができない方

①接種当日、明らかに発熱（37.5℃以上）している方

②重い急性疾患にかかっている方

③インフルエンザ予防接種液に含まれる成分によって、アナフィラキシーショックを起こしたことがある方

④過去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、じんましんなどアレルギーを思わす異常がみられた方

⑤その他、医師が不適当な状態と判断した方

予防接種を受ける際に、担当医師とよく相談しなくてはならない方

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害などの基礎疾患のある方

②過去にけいれん（ひきつけ）を起こした方

③過去に免疫不全の診断をされたことがある方及び近親者に先天性免疫不全の方がいる方

④間質性肺炎、気管支ぜんそく等の呼吸器系疾患のある方

⑤インフルエンザ予防接種液に含まれる成分に対して、アレルギーを起こす恐れがある方

インフルエンザワクチンによる副反応について

予防接種の注射の跡が、赤みを帯びたり、熱をもったり、はれ・しこりができたり、痛んだりすることがありますが、通常２～３日のうちに治ります。また、僅かながら、発熱、寒気、頭痛、全身のだるさ、一過性の意識消失、めまい、リンパ節のはれ、嘔吐や下痢などがみられることもありますが、通常２～３日のうちに治ります。また、接種後数日から２週間以内に発熱、頭痛、けいれん、運動障害、意識障害の症状が現れる等の報告があります。

なお、肝機能障害、黄疸、喘息発作があらわれることがあるほか、非常にまれですが、ショックやじんましん、呼吸困難などが現れることがあります。副反応が疑われる症状が現れた場合は、医療機関を受診してください。

予防接種後副反応報告書について

副反応が疑われる症状が現れた場合は、医師から国へ報告書を提出することとなっています。また、ご本人が市を通して国へ報告書を提出することも可能です。詳細や提出方法については、千葉市感染症対策課（043-238-9941）へご相談ください。

予防接種健康被害救済制度について

定期の予防接種により健康被害が発生した場合は、予防接種法に基づく救済措置を受けることができます。詳細や申請方法については、千葉市感染症対策課（043-238-9941）へご相談ください。