

# 高齢者インフルエンザ予防接種予診票

※公費対象者のみ使用

|      |              |            |       |
|------|--------------|------------|-------|
| 住 所  |              | 診察前の<br>体温 | ℃     |
| カ ナ  |              | 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                                                                     | 回答欄 |     | 医師記入欄 |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-------|
| 今年度、実施期間中に公費にてインフルエンザ予防接種を受けましたか。<br>(今年度、実施期間中に既に公費にて接種している場合は公費対象外となります。) | はい  | いいえ |       |
| 今日のインフルエンザの予防接種について裏の説明書を読みましたか。                                            | はい  | いいえ |       |
| 今日、体に具合の悪いところがありますか。具体的な症状( )                                               | はい  | いいえ |       |
| 1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。(感染症含む)<br>病名( )                                  | はい  | いいえ |       |
| 現在、何か病気にかかっていますか。病名( )<br>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いわれましたか。                                           | はい  | いいえ |       |
| 今までに心臓血管系・腎臓・肝臓・血液、呼吸器・免疫不全症などの病気、その他の病気にかかり、医師の診察をうけたことがありますか。             | はい  | いいえ |       |
| 病名( )<br>その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。                                  | はい  | いいえ |       |
| 1ヵ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 |       |
| 今までにインフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。<br>「はい」と答えた方、いつ受けましたか。(令和 年 月)                | はい  | いいえ |       |
| 接種後2日以内に発熱や全身性発疹等の症状がでたことがありますか。                                            | はい  | いいえ |       |
| 今までに予防接種(インフルエンザ以外)を受けて、具合が悪くなったことがありますか。<br>予防接種の種類( ) 症状( )               | 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 |       |
| 薬や食品(鶏卵や鶏肉など)で皮膚に発しんやじんましんが出たり、アレルギー・体の具合が悪くなったことがありますか。                    | 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 | ※60歳以上65歳未満の対象者(心臓、腎臓、呼吸器、ヒト免疫不全による障害を有する者)のみ記入<br>疾患名( ) ※身体障害者手帳の写しを添付※                             |
|       | 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(理由: ) )<br>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。<br>医師署名又は記名押印 |

## インフルエンザ予防接種希望書及び同意書(医師の診察の結果、接種が可能と判断された後にご記入ください。)

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、予防接種健康被害救済制度について理解した上で接種を希望します。また、予診票の記載が予防接種の安全性の確保を目的としていることを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

被接種者(予防接種を受ける方)自署

(※自署できない者は代筆者が被接種者名を署名し、以下に代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

代筆者氏名

続柄

|               |          |                                           |
|---------------|----------|-------------------------------------------|
| ワクチンロット<br>番号 | 接 種 量    | 実施場所・医師名・接種年月日                            |
| Lot No        | 皮下接種 右・左 | ※接種を見合わせた場合(予診のみ)でも、実施場所等について、下記欄へご記入下さい。 |
|               | 0.5 ml   | 実施場所<br>医師名<br>接種(予診)年月日 令和 年 月 日         |

# ～インフルエンザ予防接種について～

**接種をご希望される方はこの内容を良く理解した上で、接種を行ってください！**

## 《インフルエンザの症状と予防接種について》

インフルエンザはインフルエンザウイルスの感染による急性の呼吸器感染症で、通常、初冬から春先に流行します。典型的な症状としては、突然の発熱、頭痛、関節痛、全身のだるさなどで、のどの痛み、咳、鼻水なども見られます。普通のかぜに比べて全身症状が強く、高齢者においては気管支炎や肺炎なども合併し重症化することが多いのも特徴です。また、インフルエンザはひとたび流行が始まると、短期間に小児から高齢者まで膨大な数の人を巻き込み、特に高齢者や基礎疾患をお持ちの方では、死亡率が高くなる傾向にあります。

インフルエンザの予防としては、予防接種が有効です。世界的にもインフルエンザの発病予防や重症化予防に有効であることが確認されています。**予防接種を受けてからインフルエンザに対する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。**より効率的に有効性を高めるためには、毎年インフルエンザが流行する前の12月中旬までに接種を受けておく必要があります。

## 《予防接種を受ける際の注意事項》

予防接種法に基づく高齢者に対するインフルエンザの予防接種は、自らの意思と責任で接種を希望する場合にのみ接種を受けることができます。予防接種を受ける前に、医師から十分に説明を聞き、必要性や副反応についてよく理解・納得した上で接種を希望し、接種を受けてください。気になることや分からないことがあれば、予防接種を受ける前に担当の医師や看護師、市町村担当課に質問しましょう。十分に納得できない場合には、接種を受けないでください。**本人より接種の意思確認ができない場合は、接種を受けることができません。**

また、予防接種は接種をする医師にとって、予防接種の可否を決める大切な情報です。基本的には、接種を受けるご本人が責任をもって記入し、正しい情報を接種医に伝えてください。

### ◆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℃以上の場合を指します。）
- ②重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人（急性の病気で薬を飲む必要のあるような人は、その後の病気の变化が分からなくなる可能性もあるので、その日は見合わせるのが原則です。）
- ③インフルエンザ予防接種に含まれる成分によって、**アナフィラキシー（接種後30分以内に起こるひどいアレルギー反応のこと）**を起こしたことがあることが明らかな人。
- ④前にインフルエンザの予防接種を受けたとき、2日以内に発熱や全身性の発疹(ほっしん)などのアレルギーと思われる異常がみられた人

⑤その他、医師が不適当な状態と判断した場合 ※①～④に入らなくても医師が接種不適当と判断した時は接種できません。

### ◆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、腎臓病、肝臓病や血液などの病気をもっている人／②かぜなどのひきはじめと思われる人
- ③薬の投与又は食事（鶏卵、鶏肉など）で皮膚に発しんがでたり、体に異常をきたしたことがある人
- ④今までにけいれん（ひきつけ）を起こしたことがある人
- ⑤過去に本人や近親者で検査によって免疫状態の異常を指摘されたことがある人
- ⑥間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人

## 《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**は、急な副反応が起こることがありますので、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。

②インフルエンザワクチンの副反応の多くは24時間以内に出現しますので、特にこの間は体調に注意しましょう。

③入浴は差し支えありませんが、注射した部位を強くすることはやめましょう。

④接種当日はいつも通りの生活をしてかまいませんが、激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。

## 《副反応について》

「副反応」とは、予防接種後、一定の期間にみられる身体的な反応や疾病のことで、接種後24時間内は副反応の出現に注意が必要です。副反応としては、注射のあとが赤みを帯びたり、はれたり、痛んだりする局所的な反応や、発熱、悪寒、頭痛、全身のだるさ等の全身的な反応がみられることがありますが、通常2～3日で治ります。

重大な副反応として、ショック（急におこる全身性の末梢循環不全）、アナフィラキシー（急におこる全身性のひどいアレルギー反応）、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、喘息発作等の報告があります。副反応の症状が現れたら、速やかに接種した医療機関にて診察を受け、市町村担当課までご連絡してください。

予防接種による健康被害が発生した際は、予防接種法による予防接種健康被害救済を受けることができます。

## 《留意していただきたいこと》

インフルエンザ予防接種の本来の目的は、インフルエンザにかかるのを防ぐことではなく、重症者や死亡者の発生を防ぐことです。そのため、接種を受けたからといって、手洗いやうがいを行わなければインフルエンザにかかってしまうこともあります。日頃から手洗い・うがいを行い、予防に努めましょう。

また、ワクチンは多くの方に重症化予防というメリットをもたらしますが、接種後はれたり、熱が出るなどのケースもあります。稀ではありますが、重篤な症状を引き起こす可能性もあります。これらの点を理解し納得した上で受けましょう。

また、接種医の説明を十分聞いた上でご本人が接種を希望しない場合、家族やかかりつけ医の協力を得てもご本人の意思の確認ができなかったため接種をしなかった場合、当日の身体状況等により接種をしなかった場合等においては、その後、インフルエンザに罹患、あるいは罹患したことによる重症化、死亡が発生しても、担当した医師にその責任を求めることはできません。