

◆◆予防接種を受ける前の注意◆◆

- ①予防接種はご自身の体調の良い日に受けましょう。何か心配のあるときは、かかりつけの医師や宜野湾市保健相談センターにご相談ください。
- ②予診票は、基本的には接種を受けるご本人が責任をもって記入しましょう。
- ③受ける予防接種についての必要性や副反応について、よく理解しておきましょう。



(宜野湾市予防接種のページ)

※予防接種法に基づく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。なお、本人の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。

- 《対象者》 ・ 65歳以上の方（誕生日の前日より接種可）  
・ 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、じん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者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者。  
(該当するかどうかはかかりつけの医師にご相談ください)
- 《接種回数》 1回 ※公費助成は、年に1回限りです。
- 《場所》 指定医療機関（別紙）
- 《費用》 自己負担 1,000円（生活保護受給者は自己負担金無し）  
※生活保護受給者は、生活保護受給者証または生活保護受給証明書などの生活保護受給者であることがわかるものを提示してください。
- 《接種する際は》 前もって指定医療機関へ、電話で予約してください。

※接種を希望される方は、同封の予防接種説明書もよくお読みの上、接種に臨んでください。

# 高齢者インフルエンザ予防接種予診票

※ 太枠内をご記入ください。

住所	宜野湾市	診察前の体温	℃			
氏名		電話番号				
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。	はい いいえ	
今日のインフルエンザの予防接種について市から配られている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) 病名（ ）	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。 病名（ ）	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	
1ヶ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。 「はい」と答えた方、いつ受けましたか。( 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。 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 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) 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
-------	--

**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、接種が可能と診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、本予診票が市に提出されることに同意します。

被接種者自署(または代理人)署名  
(※自署できない者は代筆者が被接種者名で署名し、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 0.5 ml	※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。 実施場所 医師名 接種(予診)年月日 令和 年 月 日