

対象者

- ① 65歳以上の者（接種時に65歳以上になっていることが必要です。）
② 60歳～64歳で、心臓、腎臓、呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に身体障害者手帳1級相当の障害を有する者
※ 生活保護世帯・市民税所得割非課税世帯に属する方でも、①又は②に該当しない方は無料で接種を受けることはできません。

※予防接種を受ける前に、この説明書をよく読んで、気にかかることやわからないことがあれば、医師や看護師に質問してください。予防接種の必要性や副反応についてよく理解し、十分に納得した上で、接種を受けてください。

1 インフルエンザとは

インフルエンザは、インフルエンザウイルスに感染することによって発症します。

インフルエンザにかかった人が咳やくしゃみなどをするにより、ウイルスが空気中に広がり、それを吸い込むことによって感染します。

インフルエンザは流行性があり、一度流行が始まると短期間に幼児から高齢者までたくさんの人が感染するという点で普通のかぜとは異なります。

典型的なインフルエンザの症状は、突然の高熱、頭痛、関節痛、筋肉痛などで、のどの痛み、咳、鼻水などもみられます。普通のかぜに比べて全身症状が強く、気管炎や肺炎などを合併し、重症化することが多いのもインフルエンザの特徴です。

特に65歳以上の高齢者や慢性疾患の患者で死亡率が高くなるという統計がありますが、流行前に予防接種を受けることにより、インフルエンザにかからないか、かかっても重症になることを防ぐことができます。

2 インフルエンザの予防接種について

インフルエンザは例年12月から4月頃に流行し、1月末～3月上旬に流行のピークを迎えます。ワクチンの有効性を高めるために、なるべく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ることが望ましいです。

なお、「高用量インフルエンザHAワクチン（エフルエルダ®筋注）」については、使用できません。

（うらに続く）

インフルエンザ接種券（乙）【予防接種済証（定期接種）】

〔被接種者控え〕

- (1) 予防接種を受ける前に、以下の太枠内に必要事項を記入してください。
(2) (甲)は医師に提出し、(乙)はこの予防接種を受けたことを証明するものですから、大切に保管してください。
(3) この券は、接種時に広島市内に住民登録をしている方のみ使用できます。
(4) 接種料金の一部自己負担が必要です。
(5) 生活保護世帯、市民税所得割非課税世帯に属する方は、自己負担金免除となる制度があります。生活保護世帯に属する方は、「被保護者証明書（夜間・休日等受診用）」、市民税所得割非課税世帯に属する方は、「市民税・県民税・森林環境税課税台帳記載事項証明書」等の確認書類を、接種時に医療機関にお持ちください。

※接種後に確認書類をお持ちいただいても、費用をお返すことはできません。

住所	広島市	区	町	丁目	番	号	(号室)
氏名	生年月日		大正・昭和（←いずれかに○） 年 月 日				

接種年月日	令和 . .
ワクチン名／メーカー・ロット番号	

医療機関所在地
医療機関名
電話番号
接種医師氏名

広島市長（公印省略）

きりとり線

インフルエンザ接種券（甲）（定期接種）〔請求用〕

広島市

注 意 ●自己負担金免除対象者確認書類は、必ず接種時に医療機関に提示してください。接種後に確認書類をお持ちいただいても、費用をお返すことはできません。

▼黒ボールペンで住民登録している住所と氏名・カナ等を丁寧に記入してください。
（読めない場合、個人の接種情報が正確に登録できない場合があります）

住所	広島市	区	町	丁目	番	号	(号室)
カナ	生年月日		(↓いずれかに○) 大正・昭和 年 月 日				
氏名	生年月日		年 月 日				

↓ 確認した書類のいずれかに ☑ をしてください。

自己負担金免除対象者確認書類【接種時に確認】

- ☐ 1. 被保護者証明書（夜間・休日等受診用）
☐ 2. 市民税・県民税・森林環境税課税台帳記載事項証明書 等

医療機関コード（7桁）	
接種年月日	令和 . .

▼ロットシール貼付

ロットシール

医療機関所在地
医療機関名
電話番号
接種医師氏名

3 インフルエンザの予防接種を受けることができない人

- (1) 明らかに発熱がある人（通常は37.5℃を超える場合）
- (2) 重い急性の病気にかかっていることが明らかな人
- (3) インフルエンザの予防接種液に含まれる成分によってアナフィラキシー※を起こしたことがある人
※ 「アナフィラキシー」というのは、通常接種後約30分以内に起こるひどいアレルギー反応のことです。発汗、顔が急に腫れる、全身にひどいじんましんが出るほか、吐き気、嘔吐、声が出にくい、息が苦しいなどの症状に続き、ショック状態になるような激しい副反応のことです。
- (4) その他、医師が不適当な状態と判断した場合

4 インフルエンザの予防接種を受ける際に、担当医師とよく相談しなければいけない人

- (1) 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液、その他慢性の病気の治療を受けている人
- (2) 過去にけいれんを起こしたことがある人
- (3) 過去に中耳炎や肺炎などによくかかり、免疫状態を検査して異常を指摘されたことがある人
- (4) インフルエンザ予防接種液の成分または鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のものに対してアレルギーがあるとされたことがある人

5 予防接種を受けた後の注意

- (1) 接種後約30分は、急な副反応が起こることがあります。医師とすぐ連絡が取れるようにしておいてください。また、接種後24時間は副反応に注意してください。
- (2) 接種当日はいつも通りの生活で構いませんが、激しい運動や大量の飲酒は避けてください。
- (3) 接種当日の入浴は差し支えありませんが、注射部位を強くこすることはやめてください。
- (4) 接種後、全身のじんましん、低血圧、注射部位のひどい腫れ、高熱、嘔吐などが現れたら、医師の診察を受け、その場合には、お住まいの区の保健センター又は広島市健康福祉局健康推進課にご連絡ください。

6 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、腫れたり、痛んだりすることがあります。また、わずかですが熱が出たり、寒気がしたり、頭痛、全身のだるさなどがみられることがありますが、これらの症状は通常2～3日のうちに治ります。ごくまれですが、ショックやじんましん、呼吸困難などの重い副反応が現れることがあります。

7 インフルエンザの予防接種による健康被害救済制度について

定期の予防接種によって引き起こされた副反応により、医療機関での治療が必要になったり、生活に支障が出るような障害を残すなどの健康被害が生じた場合には、予防接種法に基づく補償を受けることができます。

健康被害の程度等に応じて、医療費、医療手当、障害年金、遺族年金、遺族一時金、葬祭料の区分があり、法律で定められた金額が支給されます。遺族年金、遺族一時金、葬祭料以外については、治療が終了する又は障害が治癒する期間まで支給されます。

ただし、その健康被害が予防接種によって引き起こされたものか、別の要因（予防接種をする前あるいは後に紛れ込んだ感染症あるいは別の原因等）によるものなのかの因果関係を、予防接種・感染症医療・法律等、各分野の専門家からなる国の審査会で、予防接種に起因するものである旨の認定を受ける必要があります。

※ 給付申請の必要が生じた場合には、診察した医師、お住まいの区の保健センター又は広島市健康福祉局健康推進課へご相談ください（医療費等には請求期限があります。）。

【連絡先】 各区保健センター（市外局番 082-）				健康福祉局健康推進課 504-2882			
中	504-2528	東	568-7729	南	250-4108	西	294-6235
安佐南	831-4942	安佐北	819-0586	安芸	821-2809	佐伯	943-9731

【対象者】① 65歳以上の者
② 60～64歳で、心臓、腎臓、呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に身体障害者手帳1級相当の障害を有する者

※生活保護世帯・市民税所得割非課税世帯に属する方でも、①②以外の方は有料（全額自己負担）です。
※黒のボールペンで記入してください（鉛筆・消せるボールペン不可）。

医療機関コード
(7桁)

診察前の体温

度

分

住所

広島市

区

町

丁目

番

号

(号室)

電話：() -

氏名

生年月日

大正・昭和
(↑いずれかに○)

年

月

日

生

(満

歳)

男・女

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日のインフルエンザ予防接種について説明書を読み、理解しましたか。	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	
接種を受ける人は広島市民ですか（ <u>接種時に</u> 広島市に住民登録をしていますか）。	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	
免疫不全と言わ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。（ ）	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹や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。	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	
・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	
・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がありますか。	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か月以内に予防接種を受けましたか。	はい	いいえ	
予防接種の種類（ ）	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。	はい	いいえ	
病名（ ）	はい	いいえ	
その病気の主治医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	
（接種対象者で②に該当する場合は、予防接種該当者確認書又は身体障害者手帳の写しを添付）			
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。	はい	いいえ	
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	

（注）予診のみの請求は、被接種者の体調により接種を見合わせる場合で、同日に、保険診療を行っていないもののみ可能です。
請求の際は、医療機関コードを用紙右上に記載してください。

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（ **実施できる** ・ **見合わせた方がよい** ）と判断します。
見合わせる理由（ ）
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をしました。
医師署名 又は 記名押印 _____

ワクチンロット番号	接種量	・医療機関所在地
ワクチン名	皮下 0.5 mL	・医療機関名
Lot No.	接種部位	・接種医師氏名
	右腕・左腕・その他	・接種(予診)年月日
(注)有効期限が切れていないか要確認		令和 年 月 日



（注意）裏面にも本人記入事項があります

インフルエンザ予防接種確認書

(注) 接種日当日、医師の診察の後に記入してください。

定期接種を受ける場合、本人自らが接種に同意*し、この確認書に署名することが必要です。

※ご家族の同意ではありません。

■ 接種における同意について

接種に当たっては、ご本人自身が接種に同意していることが必要です。

※ 予防接種法に基づくインフルエンザ予防接種は、対象者が接種を希望する場合にのみ接種を行うこととされており、本人の意思が確認しにくい場合は、ご家族やかかりつけ医の協力を得て本人の意思確認を行ってください。

それでも意思確認ができない場合は、予防接種法に基づく接種を受けることはできず、任意の接種となり全額自己負担となります。

- ・ 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。

いずれかに○をしてください。→ (希望します ・ 希望しません)

■ 署名について

本人が署名します。もし、本人が自署できない場合は、本人の同意を得て、家族の方等が被接種者の氏名を代筆してください。

- ・ 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、本予診票が広島市に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 被接種者氏名

↑ 接種（予診）年月日と同日

代筆者が署名した場合、下記の **代筆者記載事項** にも記入が必要です。

* 上記枠内を本人が自署している場合は、下記の記入は不要です。

代筆者記載事項

- ・ インフルエンザ予防接種確認書を代筆者が代筆する場合は、本人の同意を得て代筆してください。
また、代筆した場合は、代筆者の氏名、被接種者との関係等を以下に記入してください。

↓ いずれかに☐のうえ、記入

☐ 代筆者が家族の場合

- ・ 代 筆 者 氏 名 : _____
- ・ 被 接 種 者 と の 関 係 (続 柄) : _____

☐ 代筆者が家族以外の場合

※被接種者の家族以外の方が代筆した場合は、代筆者が署名した理由についても記入が必要です。

- ・ 代 筆 者 氏 名 : _____
- ・ 被 接 種 者 と の 関 係 : _____
↑ 施設等の職員の場合、「施設名・職名」を記入
- ・ 家族以外の代筆者が署名した理由 : 該当する番号に○をしてください。

1. 接種日当日に家族が来院することができなかったため
2. 身寄りがいない等、単身者のため