〒

令和5年10月1日発行

令和5年10月1日
（保健課健康増進・元気プロジェクト係扱い）

垂水市長　尾脇　雅弥

整理番号	台帳番号
性別	生年月日
	大正・昭和　年　月　日

インフルエンザ予防接種通知書

高齢者のインフルエンザ予防接種を下記の日程で実施いたします。この予防接種は、医療機関での個別接種になりますので、接種予定の医療機関へご予約のうえ、接種期間内に下記の要領で接種してください。

記

接種日	令和５年10月１日（日）　から　令和６年１月31日（水）　まで ※　この期間中に限りこの予診票は有効です。期間を過ぎたら無効となりますのでご注意ください。
接種場所	垂水市内の全医療機関（必ず予約をしてから行きましょう） 池田温泉クリニック・桑波田診療所・相良整形外科・東内科小児科クリニック・ ふくまる皮フ科クリニック・よしとみクリニック・垂水中央病院 華厳園・恵光園・コスモス苑・絆（入園者のみ接種できます。） ※　垂水市外の病院でも接種は可能です。その際は、下記までご連絡をお願いいたします。
料金	・　接種費用の内、２，０００円公費負担いたします。 ・　支払う費用（自己負担額）は、次の計算式によります。 支払う費用（自己負担額）＝（各医療機関の接種費用）－（公費負担額　２，０００円）
対象者	・　垂水市に住民登録のある者で、接種日に満６５歳以上の者。 ・　垂水市に住民登録のある者で、接種日に６０～６５歳未満で心臓や腎臓、呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に障害を有する者として、厚生労働省令に定められる者。
持参するもの	・　予診票（この通知書）　・　健康手帳（持っている方は、持参してください） ・　身分証明書（健康保険証、運転免許証等）
注意事項 ※ｱﾅﾌｨﾗｷｼｰ：接種後30分以内に現れる急性の全身ｱﾚﾙｷﾞｰ反応	※　医療機関においてある説明書を読んでから、予診票（この通知書）に回答してください。 ※　接種当日は、予診票（この通知書の裏面）をよく読んで記入してください。 ※　下記事項に当てはまる者は、接種できません。 ①　明らかに発熱のある者 ②　重篤な急性疾患にかかっている者 ③　インフルエンザワクチン接種液の成分によって、急激に具合が悪くなるなどアナフィラキシーを起こしたことのある者 ④　医師が不適当な状態と判断した者 ※　この他に気になる点がございましたら医師に相談してから接種してください。

お問い合わせは，垂水市保健課健康増進・元気プロジェクト係まで
TEL　３２－１１１６

インフルエンザ予防接種予診票

定期予防接種対象者用

診察前の体温	度　分

住　所				電話番号	
カナ氏名		性別	男・女	生年月日	大正・昭和　年　月　日
受ける人の氏名					（満　歳）

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日のインフルエンザの予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか	いいえ	はい	
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	いいえ	はい	
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も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)をお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 予防接種名（　月　日ごろ）	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か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　（　実施できる　・　見合わせた方がよい　）　と判断します。
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。

医師氏名

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名	接種年月日
ワクチン名 Lot No.	（皮下接種） ml	実施場所 医師名	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、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、
接種を希望しますか。　（　接種を希望します　・　接種を希望しません　）
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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

年　月　日　被接種者自署

（※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び接種者との続柄を記載）