

高齢者インフルエンザ予防接種のお知らせ

※この予防接種は、原則有料です。

該当者氏名			
生年月日			
年 令		性別	
実施日			
受付時間			
実施場所			
整理番号			

様

高齢者インフルエンザ予防接種通知書

対 象 者

浦添市に住所を有する方で、下記①②のいずれかの方を対象とします。

- ① 令和6年度に65歳以上になる方（生年月日が昭和35年4月1日までの方）
- ② 生年月日が昭和35年4月2日以降で、接種日において年齢が60～64歳である者のうち、心臓、腎臓、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身体障害者手帳等級1級相当の障がいがある方

注意：「高齢者インフルエンザ」は、予防接種法に基づくものですが、予防接種を受けるよう努める義務は対象者に課されておらず、対象者が接種を希望する場合、1回のみ接種を行うこととします。なお、対象者の接種の意思が確認できない場合は接種することはできません。

実 施 期 間

令和6年10月1日～令和7年2月28日まで

※病院によっては、病院の事情により、10月より後に開始する場合があります。ご協力よろしくおねがいします

自己負担金 1,000円（直接、医療機関へお支払いください）

- ※令和7年3月以降に接種した場合は、全額自己負担（約5,000円）となります。
- ※生活保護受給者等は生活保護受給証明書の写し又は保護決定（変更）通知書の写しを医療機関に提出した場合は、全額無料となります。医療券の提出も可能ですが、予防接種を理由に医療券を取り寄せないでください。

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。（測定した体温が37度5分以上ある人）
- ② 重い急性疾患にかかっていることが明らかな人。
- ③ インフルエンザワクチンの接種液の成分によってアナフィラキシーを呈したことがある人。
- ④ インフルエンザ予防接種を接種後、2日以内に発熱があった者及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状があった者。
- ⑤ その他、医師が不適切な状態と判断した場合。

高齢者インフルエンザ予防接種 予診票

住所	浦添市 (住民登録のある市町村の住所を記入)	診察前 の体温	度 分
氏名	フリガナ		性別
生年月日	(満 歳)	電話番号	

〈予診票は医師の大切な情報源となりますので、責任をもって記入してください。〉

質問事項	回答欄	医師記入欄
1 今日受ける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。	はい いいえ	
2 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	
3 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	
4 免疫不全と診断されたことがありますか。	はい いいえ	
5 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	
6 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	
7 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	
8 ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。(歳 カ月頃)	はい いいえ	
9 1ヵ月以内に予防接種(インフルエンザや肺炎球菌ワクチンなど)を受けましたか。 予防接種の種類()	はい いいえ	
10 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	
11 最近1ヶ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	
12 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(可能 ・ 見合わせる)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、説明をした。

医師の署名又は記名押印 _____

ワクチンの種類、ロット番号 ※ロットNoシールをお貼りください	接種量	実施場所・医師名・接種年月日(予診のみの場合もご記入ください)
	皮下接種: 0.5ml 接種部位: 上腕・大腿 (右 ・ 左)	実施場所: 医師名: 接種(予診)年月日: 令和 年 月 日

本人記入欄

高齢者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、予防接種の効果や副反応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おります。

このことを理解の上、本予診票が市に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 被接種者自署

代筆者(※)

続柄

(※) 自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載すること。