

蔵保福第1419号

令和2年9月11日

各医療機関  
院長 殿

蔵王町長 村上 英人  
(公印省略)

### インフルエンザ予防接種の実施について (依頼)

初秋の候、貴殿におかれましては、ますますご健勝のこととお喜び申し上げます。  
日頃から、当町の保健事業の推進につきまして、ご指導ご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、本年度も予防接種法によりインフルエンザ予防接種を下記により実施いたしますので「予診票」「接種済証」「請求書」「実績報告書」を送付いたします。

つきましては、ご協力いただきますようお願い申し上げます。

#### 記

- 1 対象者 ・65歳以上  
・60歳以上65歳未満で、心臓、じん臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生  
活行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
- 2 接種方法 医療機関での個別接種
- 3 実施時期 令和2年10月1日から令和2年12月末の外来実施日
- 4 接種料金 被接種者負担額 1,000円 (ただし、生活保護受給者は無料)  
※白石市・蔵王町・七ヶ宿町以外の住民の方の料金については、宮城県広域化  
予防接種事業となりますので、県医師会の文書等でご確認ください。
- 5 委託料 白石市医師会 4,680円  
委託医療機関は、委託料から被接種者負担金を差し引いた額を実施月の翌月  
10日までに、請求書に実施報告書、予診票を添えて請求してください。

【担当】蔵王町保健福祉課

保健予防係 鹿島

電話 0224-33-2003

FAX 0224-33-2988

令和 年 月 日

殿

医療機関名



### インフルエンザ予防接種実施報告書

令和 年 月 分の実施者数を下記のとおり報告いたします。

記

被接種者		人数	単価	金額
満65歳～	一般	人	円	円
	生保	人	円	円
満60歳～64歳の 法で定める内部障害 者	一般	人	円	円
	生保	人	円	円
被接種者合計	一般	人	円	円
	生保	人	円	円

※ 添付書類 : 被接種者の「インフルエンザ予防接種予診票」

※ 提出期限 : 実施翌月の10日(休日の場合は翌平日)まで提出してください。

# インフルエンザ予防接種を受ける前に

予防接種を受ける義務はありません。予防接種の意味や副反応などをよく理解し、医師とも相談したうえでお決め下さい。十分に納得できない場合には、接種を受けないで下さい。

## 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起こります。咳やくしゃみでうつります。普通の風邪に比べて全身症状が強く、気管支や肺炎などを合併し、重症化することもあります。

## 予防接種の 効果

予防接種後、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。

特に高齢者の発病防止や重症化防止に有効です。

## 副反応



予防接種部位…赤みを帯びる、はれる、痛む  
微熱、悪寒、頭痛、全身のだるさ

通常2~3日のうちに治ります

接種後数日から2週間以内に…発熱、頭痛、けいれん、運動障害、意識障害  
非常にまれに…ショック、じんましん、呼吸困難

接種部位が痛みや熱をもってひどくはれたり、全身のじんましん、くりかえす嘔吐、顔色の悪さ、低血圧、高熱などが現れたら……

医師の診察を受けてください

予防接種を受けることができない人	担当医師とよく相談しなくてはならない人
<ul style="list-style-type: none"> <li>① 明らかに発熱のある人 一般的に 37.5℃以上</li> <li>② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人</li> <li>③ インフルエンザの予防接種により、アナフィラキシーを起こしたことがあることが明らかな人</li> <li>④ 予防接種で接種後2日以内に発熱がみられた人及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある人</li> <li>⑤ 医師が不適当な状態と判断した場合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液、その他慢性的の病気で治療を受けている人</li> <li>② 免疫検査で異常を指摘されたことがある人、過去に免疫不全の診断がされている人</li> </ul>

予防接種の後の  
一般的注意事項

- ① 接種後 30 分間は、医療機関で様子を見ましょう。
- ② 接種後 24 時間の体調に注意しましょう
- ③ 入浴は差し支えありません。(注射部位は強くこすらないように)
- ④ 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。
- ⑤ その他、医師の指示にしたがいましょう。

インフルエンザの  
予防には

ウイルスを避ける…人ごみを避ける  
 外出時はマスク利用…帰宅時のうがい・手洗い  
 ウイルスの広がりをおさえる…加湿器などを活用する  
 体力をつける…十分な栄養や休息をこころがける  
 予防接種…流行する前に受ける

白石	蔵王	七ヶ宿	生活保護	原発避難者特例法
----	----	-----	------	----------

※上の表の市町名（予防接種を受ける人の住所）を○で囲んでください。生活保護受給者・原発避難者特例法の場合は右端も○で囲んでください。

### インフルエンザ予防接種予診票

診察前の体温	度 分
--------	-----

住所			
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。	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	
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。 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	
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。 ①その際に具合が悪くなったことはありますか。 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）を起こしたことがありますか。	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	
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	
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	<p>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。</p> <p>医師署名又は記名押印</p>
-------	---

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.	ml	実施場所 医師名 接種年月日 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います。

このことを理解の上、本予診票が市町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、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載）