

令和2年9月25日

各位

丸森町保健福祉課保健予防班

いつも大変お世話になっております。

下記のとおり高齢者インフルエンザ予防接種の助成を行います。
よろしくお願いいたします。

記

1. 実施期間

令和2年10月1日～12月31日

2. 助成対象者

○65歳以上の方

○60～64歳で内部障害がある方

※別紙、広報案のとおり周知予定です。(広報まるもり10月号)

3. 接種者負担金

1,500円(助成回数1回)

※生活保護世帯は無料

4. 送付したもの

○高齢者インフルエンザ予防接種予診票

○インフルエンザ予防接種済証

○説明書「インフルエンザ予防接種を受ける前に」

丸森町役場保健福祉課

保健予防班 佐藤・千葉

TEL 0224-72-3019

『季節性インフルエンザ予防接種』を受けましょう。

インフルエンザは例年 11 月頃から 3 月にかけて流行しますが、今年は新型コロナウイルス感染症の流行が懸念されるため、インフルエンザワクチンの需要が高まる見通しです。

インフルエンザワクチンは今のところ十分確保できる見込みですが、定期接種対象者の 65 歳以上の方や小児等については予防接種が推奨されており、流行時の医療機関の負担集中を避けるうえでも、国ではこれらの方々が優先的にインフルエンザ予防接種を受けられるよう協力を呼び掛けています。

そのため、10 月 1 日からのインフルエンザ予防接種は次のように取り扱いますので、皆様のご理解とご協力をお願いします。

なお、町ではインフルエンザ予防接種費用の助成を行います。対象者等は次のとおりですので、ご確認ください。

区 分	定期予防接種	任意予防接種	
対 象 者	65 歳以上の方	子ども(生後 6 か月～18 歳・ 高校 3 年生相当)	19 歳～64 歳の方
実施期間	<u>10 月 1 日～12 月 31 日</u>	<u>10 月 26 日～</u> <u>令和 3 年 1 月 31 日</u>	<u>10 月 26 日～</u> ※終了時期は医療機関 に確認してください。
*上記の期間中の接種にご協力願います。			
接種施設	角田市・丸森町の医療機関 県内のかかりつけ医療機関	角田市医師会が指定する角 田市・丸森町内の医療機関	特に指定はありません。
通 知 等	通知はありません。	<u>予診票を送付</u> します。	通知はありません。
費用助成	<u>あり</u>		<u>なし</u>
負 担 額	<u>1 回目は 1,500 円</u> ・2 回目は通常料金(4 千円前後)		医療機関ごとに異な ります。

※ ワクチンの予防効果は、接種後 2～3 週間から効き始め約 5 か月間続くとされています。

※ 体調が良い時に接種するようにしましょう。

※ 必ず事前に医療機関へ予約して接種するようにしてください。

インフルエンザ予防接種を受ける前に

予防接種の効果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ください。十分に納得できない場合には、接種を受けないでください。

○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。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すると重症化する場合があります。

○予防接種の効果について・・・

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も有効です。

○副反応について・・・

発熱、悪寒、頭痛、倦怠感、接種部位に発赤、腫れ、痛みなど現れることがありますが、通常2～3日で消失します。また非常に稀に、じんましん、呼吸困難、運動障害、意識障害などが起こる場合もあります。

もし、ひどい副反応が現れたら・・・

必ず医師の診察を受けてください！

裏面もご覧ください。

予防接種を受けることができない方

- ① 接種当日、明らかに発熱のある方（一般的に 37.5℃以上）
- ② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方
- 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方
- ④ インフルエンザ予防接種で接種後2日以内に発熱のみられた方及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状が現れたことがある方
- ⑤ 医師が不適当な状態と判断した場合

担当医師とよく相談しなくてはならない方

- ① 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液、その他慢性の病気で治療を受けている方
- ② 過去にけいれんを起こしたことがある方
- ③ 過去に免疫不全の診断をされたことがある方及び近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
- ④ 肺炎や気管支喘息などの呼吸器系の病気をお持ちの方
- ⑤ 予防接種によりアレルギー反応が現れるおそれがある方

インフルエンザ予防接種後の注意

- 接種後 30 分間は医療機関で様子をみましょう。
- 接種後少なくとも 24 時間は副反応に注意しましょう。
- 入浴は差し支えありません。
（接種部位は強くこすらないでください）
- 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。
- その他、医師の指示にしたがいましょう。
- 予防接種後に病院から発行される右記の「予防接種
済証」は、予防接種を受けたことの証明です。紛失
することがないように大切に保管してください。

No.	
☐ インフルエンザ	予防接種済証
☐ 成人用肺炎球菌	
住所	丸森町
氏名	
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生（満 歳）
予防接種を行った年月日	年 月 日
予防接種を行った医療機関	
丸森町長 保 科 郷 章	
	

高齢者インフルエンザ予防接種予診票

		診察前の体温	度	分
住 所				※ 生活保護 ・ 原発特例
氏 名			男 ・ 女	
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	

※生活保護受給者・原発避難者特例法対象者の場合は〇で囲んでください。

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。	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	
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	
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	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
-------	---

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.	m l	実施場所 医師名 接種年月日	令和 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、本予診票が市町村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

（※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名および被接種者との続柄を記載）