事　務　連　絡
令和２年９月２３日

宮城県広域化予防接種事業実施医療機関
高齢者インフルエンザ担当者　様

大河原町健康推進課

高齢者インフルエンザ予防接種について

平素より大変お世話になっております。
さて、標記につきまして、下記により実施します。
つきましては、実施要領と説明文・予診票・接種済証を送付しますので、本町の住民が接種を希望した際にご使用くださいますよう、よろしくお願いします。

記

接種期間　令和２年10月１日～令和２年12月31日

接種料金　5,852円
個人負担金1,500円（生活保護受給者は無料）

大河原町健康推進課保健予防係　村田
電話　0224－51－8623（内線662）
FAX　0224－53－3818

大河原町インフルエンザ定期予防接種実施要領

1．目　的

予防接種法第５条及び予防接種法施行令第１条の３に基づき実施するインフルエンザ予防接種について、当該事業の適正な実施を確保することを目的とする。

2．実施主体　　大河原町

3．委託機関

①町内受託医療機関

甘糟医院、安藤医院、かわち医院、日下内科医院、さくら内科消化器科、さくらの杜診療所、庄司クリニック、じん整形外科クリニック、平井内科、南桜ホームケアクリニック、みやぎ県南中核病院、介護老人保健施設さくらの杜

②宮城県広域化予防接種事業実施受託医療機関

かかりつけ医が、①以外の場合に限る。

4．委託期間　　令和２年10月１日～令和２年12月31日

5．対 象 者

1）大河原町内に住所を有し、接種当日において満65歳以上の者で、接種を希望する者

2）大河原町内に住所を有し、接種当日において満60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓、呼吸器等の障害を有する者(１級内部障害に該当する者)で、接種を希望する者

3）大河原町内に居住する原発避難者特例法による福島県からの避難者で、接種当日において満65歳以上の者であって、接種を希望する者

4）大河原町内に居住する原発避難者特例法による福島県からの避難者で、接種当日において満60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓、呼吸器等の障害を有する者(１級内部障害に該当する者)で、接種を希望する者

※受託機関での対象者の確認について

1）健康保険証で接種当日の年齢が満65歳以上であり、大河原町民であることを確認（生活保護受給者については受給者証で確認）する。

2）満60歳以上65歳未満の者については身体障害者手帳で確認する。住所の確認ができない場合は健康推進課へ連絡する。

3）健康保険証で接種日当日の年齢が満65歳以上であり、原発避難者特例法適用市町村の住民であって、「原発特例」の予診票を持参していることを確認する。

4）満60歳以上65歳未満であり、原発避難者特例法適用市町村の住民であって、身体障害者手帳（1級内部障害）を所持する者については、健康推進課に連絡する。

【原発避難者特例法適用市町村】

1．いわき市	2．田村市	3．南相馬市	4．川俣町
5．広野町	6．楢葉町	7．富岡町	8．川内村
9．大熊町	10．双葉町	11．浪江町	12．葛尾村
13．飯舘村			

6．周知方法

令和2年10月1日号広報おおがわらおしらせばんにて周知。

7．料　　金

1件　5,522円（個人負担金1,500円。生活保護受給者は無料）

8．予 診 票

①町内受託医療機関

受託医療機関窓口におき、本人または代筆者が記入し、署名する。

②宮城県広域化予防接種事業受託医療機関

接種実績のある医療機関に直接送付。または、被接種者が受託医療機関に持参する。

9．接種済証の発行

①町内受託医療機関

受託機関窓口におき、受託医療機関で接種後に交付する。

②宮城県広域化予防接種事業受託医療機関

接種実績のある医療機関に直接送付。令和元年度に接種実績のない受託医療機関においては、被接種者がインフルエンザ接種済証を受託医療機関に持参し、接種後に受託医療機関で交付する。

10. 委託料の支払

①町内受託医療機関

受託医療機関は個人負担金 1,500 円を受領し、公費負担分 4,022 円（生活保護受給者は 5,522 円）を町に請求する。

1か月分をまとめて実施報告書兼請求書と予診票を健康推進課に翌月10 日まで提出する。

②宮城県広域化予防接種事業受託医療機関

受託医療機関は個人負担金 1,500 円を受領し、公費負担分 4,352 円（生活保護受給者は 5,852 円）は、受託医療機関に代わり宮城県医師会が町に請求する。

大河原町	生活保護	原発避難者特例法

生活保護受給者・原発避難者特例法の場合は○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	大河原町		
氏　名		電話番号	
生年月日	明治・大正・昭和　　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の予防接種について町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（　　） 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 はい はい	いいえ いいえ 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 はい はい	いいえ いいえ 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カ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.	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、代筆者氏名および被接種者との続柄を記載）