

# 高齢者インフルエンザ予防接種を受ける方へ

## 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。インフルエンザにかかった人が咳やくしゃみなどをすることにより、ウイルスが空気中に広がり、それを吸い込むことによって感染します。

インフルエンザは、普通の風邪に比べて全身症状（突然の高熱、頭痛、関節痛、筋肉痛、のどの痛み、咳、鼻水など）が強く、気管支炎や肺炎などを合併し、重症化することが多いのもインフルエンザの特徴です。

インフルエンザウイルスは、毎年変化しながら流行するため、毎年予防接種をすることが大切です。（インフルエンザの効果が持続する期間は、約5か月間です。）ただし、予防接種の回数は毎年度1回（予防接種法実施規則第22条）となっています。予防接種には、思いがけない事故が起こることがありますから、予防接種の必要性や副反応、接種後の注意事項をよく理解しましょう。副反応が強く出て、入院の必要がある場合には救済制度がありますので、お問い合わせ下さい。

## 接種対象者

- ・法律で決められたインフルエンザ予防接種の対象者は、65歳以上の方及び60歳以上65歳未満の方で身体障害者手帳1級に相当する心臓やじん臓、呼吸器に重い病気のある方などです。

## 体温測定

- ・発熱の有無を確認するため、体温を測定していただくことがあります。

## 予診票

- ・予診票は、責任を持って記入して下さい。

## 健康診断

- ・予防接種を受ける時には、必ず健康診断を受けて下さい。

## 予防接種希望者

- ・医師による健康診断の後、予防接種を受けるかどうかを確認します。受ける場合は、本人のサインが必要です。

## 予防接種を受けることができない方

- (1) 明らかに発熱のある方（一般的に、体温が37.5℃以上の場合を指します。）
- (2) 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方（急性の病気で薬を飲む必要があるような方は、その後の病気の変化が分からなくなる可能性もあるので、その日は見合わせるのが原則です。）
- (3) インフルエンザ予防接種に含まれる成分によって、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方（「アナフィラキシー」とは、通常接種後約30分以内に起こるひどいアレルギー反応のことです。）
- (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、全身発疹等のアレルギーを疑う病状を呈したことがある方
- (5) その他、医師が不適当な状態と判断した場合

## 予防接種を受けた後の一般的な注意事項

- ・接種後1時間を経過すれば、入浴は差し支えありませんが、注射した部位を強くこすることはやめましょう。
- ・接種当日は、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。

## 予防接種の副反応

- ・予防接種を受けた後30分間は、急な副反応が起こることがありますので、医療機関で様子を観察するか、医師（医療機関）とすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。
- ・インフルエンザワクチンの副反応の多くは24時間以内に出現しますので、特にこの間は体調に注意しましょう。
- ・予防接種の注射の跡が赤みを帯びたり、はれたり、痛んだりすることがあります。また、僅かながら熱が出たり、寒気がしたり、頭痛、全身のだるさなどがみられることがありますが、通常2～3日のうちに治ります。
- ・非常にまれですがショックやじんましん、呼吸困難などがあらわれた場合は速やかに医師の診察を受けて下さい。

## 予防接種の記録

- ・予防接種を受けた後には、必ず「インフルエンザ予防接種済証」を接種医療機関より交付いたしますので、大切に保管して下さい。

## 連絡先

異常反応などで、医師の診察を受けたとき、また不明な点があったときは下記へご連絡ください。

根室市役所健康福祉部健康推進課健康推進担当（窓口 7番）

電話 23-6111（内線 2131・2132）

(様式1)

# インフルエンザ予防接種予診票

		診察前の体温	度 分		
住 所	根室市 町 丁目 番地	電 話 番 号	—		
フリガナ氏名	-----	生 年 月 日	大正 昭和	年 月 日	男・女
				(満 日生 歳)	

質 問 事 項	回 答 欄		質 問 事 項	回 答 欄	
今日のインフルエンザの予防接種について市から配られている説明書を読みましたか	はい	いいえ	1ヵ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
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	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
現在、何か病気にかかっていますか 病名( )	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
治療(投薬など)を受けていますか	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
その病気の主治医には、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	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
免疫不全症と診断されたことがありますか	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
今日、体の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下さい ( )	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
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はありますか	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
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	【医師記入欄】		

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、予防接種の結果、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	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。(希望します・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 被接種者署名(代筆者署名) \_\_\_\_\_

(※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)(被接種者との続柄) \_\_\_\_\_

## インフルエンザ予防接種済証 (様式4)

氏 名 \_\_\_\_\_

令和 年 月 日

根室市受託医療機関 \_\_\_\_\_

根室市長 (公印省略)

※この予防接種済証は、インフルエンザ予防接種を受けた証明になりますので、5年間大切に保存してください。