

インフルエンザ 65歳以上の方等

- ◎ この予防接種は自己負担がかかります。
ただし、生活保護受給者及び市民税非課税世帯の方は無料です。
(接種当日に確認できる書類をご持参ください。)
- ◎ 「インフルエンザ予防接種のお知らせ」をよく読みましょう。
- ◎ この副票は、この予防接種の証明となりますので、大切に保管してください。

※ 予防接種を見合わせた理由 []



年 月 日

0.5ml

皮下

接種部位 (左・右) 上腕部

インフルエンザ予防接種 予診票

◎ 接種当日に太ワク内のみを、記入してください。(※印は記入しないでください。)

住 所	大阪市 区		
氏 名		男 ・ 女	電話 ()
生年月日	明治・大正・昭和 年	月	日生 (満 歳)



年 月 日

0.5ml

皮下

質 問 事 項	回答欄		医師の確認欄
1. 今日受けるインフルエンザ予防接種についての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. 今日、身体にぐあいの悪いところがありますか。 それはどんな状態ですか。()	はい	いいえ	
4. その他、最近1か月以内に病気にかかったりケガをしましたか。 病名() 時期() 頃)	はい	いいえ	
5. 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。 その病気を診てもらっている主治医に今日の予防接種は受けてよいといわれましたか。	はい	いいえ	
6. 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() その病気を診てもらっている主治医に今日の予防接種は受けてよいといわれましたか。	はい	いいえ	
7. 免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
8. 薬や食べ物で皮ふに発疹やじんましんがでたり、身体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
9. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。	はい	いいえ	
10. ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。	はい	いいえ	
11. 以前にインフルエンザの予防接種を受けて身体のぐあいが悪くなったことがありますか。 インフルエンザ以外の予防接種を受けて身体のぐあいが悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
12. 1か月以内に何か予防接種を受けましたか。受けた予防接種の種類()	はい	いいえ	
13. その他、今日の予防接種について何か質問がありますか。 具体的に()	はい	いいえ	

※ [医師の記入欄]

診察所見・その他特記事項

以上の予診(問診、検温、診察)の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせたほうがよい)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ました。

※ 体温測定 度 分

医師署名
又は
記名押印

※ 使用ワクチン名

※ Lot No.

※ 最終有効年月日

※ 接種部位(左・右)上腕部

※ 実施場所 澤田内科クリニック

※ 接種医師名 澤田 光 孝

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。)

私は、医師の診察・説明を受け、インフルエンザの予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解したうえで、接種を希望します。(※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してください。)

被接種者署名

代筆者名

続柄

◎この予診票は、予防接種における安全性の確保を目的としています。提出いただきました予診票は、この目的以外には使用いたしません。

こうれいしゃ じゅうしょうか
高齢者がインフルエンザにかかると重症化することがあります。

インフルエンザの予防接種を受けましょう！

こうれいしゃ かた せっしゃひよう いちぶじせい
～高齢者の方の接種費用一部助成について～

インフルエンザは、例年12月～2月にかけて流行します。38℃以上の発熱、頭痛や関節・筋肉痛などの全身の症状が急に現れ、肺炎等の合併症を引き起こして重症化することがあります。インフルエンザが流行する前に予防接種を受けることで、重症化や合併症の発生を予防し、インフルエンザによる死亡を1/5に、入院を約1/3～1/2にまで減少することが期待できるとされています。

接種時期：10月1日～翌年の1月末まで

接種対象者：○満65歳以上の市民の方

○満60歳～65歳未満の方のうち心臓・腎臓・呼吸器・ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に自己の日常生活が極度に制限される程度の障がい（身体障がい者手帳1級相当）を有する市民の方

接種費用：1,500円

※生活保護受給者および市民税非課税世帯の方は接種当日に確認できる書類をご持参いただくと無料になります。

確認書類(例)：保護決定通知書、生活保護適用証明書、介護保険負担限度額認定証、後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証、介護保険料決定通知書(保険料段階が1～4段階に限る)など

※介護保険料決定通知書を紛失された方につきましては、再発行はできませんので、裏面の問い合わせ先までご連絡ください。

助成回数：1回 ※一般的には1シーズンに1回の接種で効果があります。

1 予防接種の受け方

接種予約：委託医療機関※へ電話などで申し込みます。

※委託医療機関一覧は、大阪市ホームページ、もしくはお住まいの区の保健福祉センターにご確認ください。

大阪市ホームページ

各種予防接種委託医療機関

検索

- 接種当日：(1) 医療機関で予診票および実施申込書に必要事項を記入します。
(2) 体温を測定し、医師が診察により接種できるかどうかの判定を行います。
(3) 判定の結果、本人にサインをいただいてから接種します。

2 予防接種を受ける前に

予防接種は体調のよいときに受けてください。現在、病気などで治療中の方、または今までに免疫状態の異常を指摘されたことのある方、その他気になることやわからないことがあれば主治医に相談してください。

※参考

【予防接種を受けることができない方】

- ・発熱（一般的には37.5℃以上）のある人
- ・急性疾患にかかっている人
- ・インフルエンザワクチンに含まれる成分によって、アナフィラキシー（接種後約30分以内におこる強いアレルギー反応やショック状態になること）を起こしたことがある人
- ・その他、医師が不適当と判断した場合



3 予防接種の副反応

予防接種の接種部位が赤みを帯びたり、腫れたり、痛むことがあります。また、熱が出たり、寒気がしたり、頭痛や全身のだるさなどがみられることもあります。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、呼吸困難などが現れることがあります。

4 予防接種を受けた後の注意

※予診票の副票は大切に保管してください。

- (1) 予防接種を受けたあとに急な副反応が起こることがあるので、接種後その場で様子を見て、30分たってから医療機関を出るようにしましょう。
- (2) 副反応の多くは1週間以内に出現しますので、特にこの間は体調の変化に注意しましょう。
- (3) 注射部位の腫れ、高熱、嘔吐、けいれん（ひきつけ）、その他変わったことがあるときは、すみやかに医師の診断を受け、保健福祉センターに連絡してください。
- (4) 入浴はさしつかえありませんが注射部位をこするのはやめましょう。
- (5) 接種当日は体調の変化に気を配り、激しい運動や大量の飲酒は控えましょう。



【各区保健福祉センター問い合わせ先】

保健福祉センター	電話番号	保健福祉センター	電話番号	保健福祉センター	電話番号
北区	06-6313-9882	天王寺区	06-6774-9882	城東区	06-6930-9882
都島区	06-6882-9882	浪速区	06-6647-9882	鶴見区	06-6915-9882
福島区	06-6464-9882	西淀川区	06-6478-9882	阿倍野区	06-6622-9882
此花区	06-6466-9882	淀川区	06-6308-9882	住之江区	06-6682-9882
中央区	06-6267-9882	東淀川区	06-4809-9882	住吉区	06-6694-9882
西区	06-6532-9882	東成区	06-6977-9882	東住吉区	06-4399-9882
港区	06-6576-9882	生野区	06-6715-9882	平野区	06-4302-9882
大正区	06-4394-9882	旭区	06-6957-9882	西成区	06-6659-9882