事　務　連　絡
令和２年９月14日

各医療機関長殿

七ヶ宿町長　小　関　幸　一
（　公　印　省　略　）

インフルエンザ予防接種について（依頼）

初秋の候　貴殿におかれましては、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

日頃、当町の予防接種事業の推進につきましては、格別のご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、令和２年度予防接種委託事業（インフルエンザ）を実施するにあたり、「予診票」「請求書」「実績報告書」「接種済証」を送付いたしますのでよろしくお願いいたします。

インフルエンザ予防接種の自己負担額については、今年度は０円とし、全額を町に請求していただきたく存じます。

【お問い合わせ】
七ヶ宿町健康福祉課　佐藤
電話　０２２４－３７－２３３１
FAX　０２２４－３７－２３４０

令和　　年　　月　　日

七ヶ宿町長　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	４，６８０円	円
	生　保	人	４，６８０円	円
満６０歳～６４歳の法で定める内部障害者	一　般	人	４，６８０円	円
	生　保	人	４，６８０円	円
被接種者合計	一　般	人	４，６８０円	円
	生　保	人	４，６８０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」

※　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委託料請求書

金額　　円

令和　　年　　月分インフルエンザ予防接種を下記内訳のとおり実施しましたので、上記金額を請求します。

記

	件数	単価	請求金額
①６５歳以上		４，６８０円	円
②６０歳以上６５歳未満（法で定める内部障害者）		４，６８０円	円
③生活保護		４，６８０円	円
計			円

令和　　年　　月　　日

七ヶ宿町長　殿

住所		
医療機関及び施設名		
代表者名		㊞
	金融機関名	銀行　　支店　普通・当座
	口座番号	
	フリガナ 口座名義人	

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）を〇で囲んでください。生活保護受給者・原発避難者特例法の場合は右端も〇で囲んでください。

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（　　） 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.	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。

（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。

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、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載）

インフルエンザワクチンを受けるにあたって

インフルエンザ予防接種（６５歳以上）は、予防接種法に基づく予防接種です。接種を希望される場合は、この説明書をよく読み、予防接種による効果や副反応、健康被害救済制度などをよく理解し接種して下さい。

●インフルエンザとは

咳やくしゃみ等で感染しやすく、急な発熱、だるさ、のどの痛み、咳、くしゃみ等の症状が現れます。普通は約１週間で治りますが、高齢者や子ども、免疫力の低下している方等が感染した場合は、重篤な経過（肺炎や死亡等）をたどることがあり、注意が必要です。

●インフルエンザ予防接種の効果

インフルエンザウイルスによる感染症を起こしにくくし、またインフルエンザになっても重症化になることを予防します。

●副反応

・接種部位
痛む、熱をもつ、腫れる、赤みを帯びる、硬くなる等
・全身症状
全身のだるさ、頭痛、悪寒、一過性の意識消失等

●次の方は接種を受けないでください

１）明らかに発熱している方（37.5℃以上）
２）重い急性疾患にかかっている方
３）過去にインフルエンザワクチンの接種を受けて、アナフィラキシーを起こしたことがある方
４）その他、医師が予防接種を受けることについて不適当と判断した場合

●次の方は接種前に医師にご相談下さい

１）基礎疾患（呼吸器、心臓血管、腎臓、肝臓、血液などの疾患）のある方
２）過去にけいれん（ひきつけ）の既往のある方
３）過去にインフルエンザの予防接種を受けて２日以内に発熱・全身性の発疹・じんましん等のアレルギーを疑う症状が出たことがある方
４）過去に免疫異常の指摘を受けたことがある方、もしくは近親者に先天性免疫不全症の者がいる方

●予防接種を受けた後の生活

いつもどおりの生活をして構いませんが、接種日当日の激しい運動、大量の飲酒は避けて下さい。また、入浴しても差し支えありません。

インフルエンザワクチン接種後、他のワクチンを接種する場合は６日以上の間隔をあけて接種することができます。

●予防接種後健康被害救済制度

万が一、定期の予防接種による健康被害が生じた場合には、救済給付を行うための制度があります。健康福祉課までご相談ください。