

令和5年10月吉日

入所者のご家族 各位

医療法人社団 慶仁会
介護老人保健施設 マイライフ芦屋

インフルエンザの予防接種について

平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、弊施設では施設入居者様を対象としたインフルエンザの予防接種を行う予定です。

なお、予防接種法ではご本人の接種の意思確認を、医師もしくはご家族ができない場合は接種できないこととなっています。接種時に、施設管理医師がご本人に対して接種の意思確認を行いますが、ご高齢などの理由で意思確認が困難な場合に備え、家族様のご協力をお願い申し上げます。

つきましては、「インフルエンザ予防接種予診票」にご記入、ご署名の上、施設へご提出ください。

ご提出は、**1F 受付**へお願いいたします。

※ 土日祝日もご提出を受付けています。(郵送可)

お手数をおかけしますが、ご協力のほど、よろしくお願い申し上げます。

【郵送の場合の送付先】

659-0034
兵庫県芦屋市陽光町 8-30
介護老人保健施設 マイライフ芦屋

【接種対象者】

- 1 接種当日65歳以上の方
- 2 接種当日60歳以上65歳未満の方で心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活活動が極度に制限される程度の障がいや、及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障がい（身体障害者手帳1級相当）を有する方

【接種費用】 1,500円

【接種回数】 1回

【接種に必要なもの】 予診票、本人確認書類（運転免許証や健康保険証等）

1 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。

典型的なインフルエンザの症状は、38℃以上の発熱、頭痛、全身の倦怠感、関節痛、筋肉痛などが突然現れ、咳、鼻水等もみられます。普通のかぜに比べて全身症状が強いのが特徴です。特に高齢者や、年齢を問わず免疫機能が低下している方は、肺炎を合併する等、重症になることがあります。

2 インフルエンザの予防

インフルエンザ予防に効果的な対策は、以下のとおりです。

- (1) 流行前のワクチン接種
- (2) 手洗いやアルコール製剤による手指衛生
- (3) 適切な湿度（50～60%）の保持
- (4) 十分な休養とバランスのとれた栄養摂取
- (5) 人混みや繁華街の回避

3 有効性

最も大きな効果は、「重症化予防」です。65歳以上の高齢者については、予防接種を受けなかった方と比べて発症は約45%、死亡は約80%防ぐことができたと報告されています。

4 副反応

予防接種後、下記(2)(3)の症状を認めた場合は、医療機関を受診してください。

(1) 比較的多くみられる副反応

接種部位の赤み、腫脹、疼痛、発熱、頭痛、悪寒、倦怠感等
※通常2～3日で消失します。

(2) まれに起こる副反応

ショック、アナフィラキシー様症状（発疹、じんましん、発赤、掻痒感（かゆみ）、呼吸困難等）

(3) その他、重度の副反応

ギラン・バレー症候群、けいれん、急性散在性脳脊髄炎、脳症、脊髄炎、視神経炎、肝機能障がい、黄疸、喘息発作等

5 予防接種を受ける前に

(1) 一般的な注意事項

- ア インフルエンザ予防接種は、本人が希望する場合に接種を行います。有効性や副反応等を十分理解した上で接種を受けてください。
- イ 本人の意思確認ができない場合、本市の費用助成による接種を受けることはできません。

(2) 予防接種を受けることができない方

- ア 接種当日、明らかに発熱（通常37.5度以上を指す）を認めている方
- イ 重篤な急性疾患にかかっている方
- ウ 過去にインフルエンザワクチンに含まれる成分によって、アナフィラキシーを起こしたことがあることが明らかな方
- エ 過去にインフルエンザの予防接種で接種後2日以内に発熱を認めた方及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を認めた方
- オ その他、医師が不適当な状態と判断した方

(3) 予防接種を受けるに際し、担当医師とよく相談しなくてはならない方

- ア 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液等の基礎疾患のある方
- イ 過去にけいれんの既往がある方
- ウ 過去に免疫不全の診断がされている方及び近親者に先天性免疫不全症の人がいる方
- エ 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患のある方
- オ インフルエンザワクチンの成分に対して、アレルギー反応を起こしたことがある方

6 予防接種後の一般的注意事項

- (1) 接種後24時間以内の健康状態の変化、特に30分以内の急激な健康状態の変化には注意し、観察しておく必要があります。
- (2) 接種当日の入浴は差し支えありません。
- (3) 接種後は、接種部位を清潔に保ち、接種当日は過度な運動や飲酒は避けましょう。

7 予防接種健康被害救済制度について

予防接種の副反応により、医療機関での治療が必要になったり、生活に支障が出たり、障がいを残す等の健康被害が生じた場合には、予防接種法に基づく補償を受けることができます。予防接種による健康被害が生じた場合には、こども家庭・保健センターにお問合せください。

問合せ先

インフルエンザ予防接種予診票

注) ボールペンで3枚目まで写るよう強く書いて下さい。
(消せるボールペンは不可)

診察前の体温

~~度~~ ~~分~~

| | | | | | |
|------|----------|---|-----|-------------|-------------|
| 住 所 | 尾崎市 | | TEL | - | |
| 氏 名 | | | 男・女 | 生活保護受給証 No. | |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和 | 年 | 月 | 日生(満 歳) | 公害医療手帳 No. |
| | | | | | 身体障害者手帳 No. |

| 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から配られている説明書をよみましたか。 | 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)をうけていますか。 | 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 | <p>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。</p> <p>医師署名又は記名押印 ㊞</p> |
|-------|---|

| | | |
|-----------------------------|--------|----------------|
| 使用ワクチン | 接種量 | 実施場所 |
| 「ビケン」 「第一三共」 「デンカ」 「KMB」 | 0.5 ml | 接種医師 |
| LotNo. | | 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。)

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副反応などについて理解した上で、接種を希望します。

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、本予診票が市に提出されることに同意します。

令和 ~~年~~ ~~月~~ ~~日~~ (接種日と同一) 被接種者自署

入所されている方のお名前

(※自署できない者は代筆者が被接種者自署欄に署名し、代筆者の氏名及び被接種者との続柄を記載)

ご家族様のお名前

代筆者署名

続柄