

## 令和6年度インフルエンザ予防接種予約開始のご案内

○予約受付開始日時

10月1日(火) 午前9時00分～ **注意/完全予約制です。**

○申込方法

↑ 外来受診時に接種する場合は予約不要

①窓口直接 ②電話47-2411

注意/申し込み時に必要な情報

住所・氏名・よみかな・性別・生年月日・満年齢・電話番号・希望日時など

○接種可能日及び受付時間

①ワクチン接種のみ ⇒ 別紙「インフルエンザ予防接種可能日」のとおり

②外来診察時に接種される方 ⇒ 午前・午後ともに外来診察時に合わせて接種可能です。

○その他

追加の予診票は新冠町立国保診療所に置いています。必ず事前に記入してお持ち下さい。

## 国保診療所の新型コロナワクチン接種の開始時期について

①予約開始の案内 ⇒ 令和6年10月11日(金)の町政事務委託文書により詳しくお知らせします。

②ワクチン接種予定日 ⇒ 10月中旬予約開始予定 10月下旬から指定日時による接種開始予定です。

新冠町立国民健康保険診療所 47-2411

# 国保診療所のインフルエンザ予防接種可能日

| 接種場所／国保診療所 |    |            |            | 10月 |    |    |
|------------|----|------------|------------|-----|----|----|
| 日          | 月  | 火          | 水          | 木   | 金  | 土  |
|            |    | 1          | 2          | 3   | 4  | 5  |
| 休診         |    |            |            |     |    | 休診 |
| 6          | 7  | 8          | 9          | 10  | 11 | 12 |
| 休診         |    |            | 午後●<br>夜間□ |     |    | 休診 |
| 13         | 14 | 15         | 16         | 17  | 18 | 19 |
| 休診         |    |            | 午前●<br>午後● |     |    | 休診 |
| 20         | 21 | 22         | 23         | 24  | 25 | 26 |
| 休診         |    | 午前●<br>夜間□ |            |     |    | 休診 |
| 27         | 28 | 29         | 30         | 31  |    |    |
| 休診         |    |            | 午後●        | 午前● |    |    |

| 接種場所／国保診療所 |    |            |            | 11月 |    |    |
|------------|----|------------|------------|-----|----|----|
| 日          | 月  | 火          | 水          | 木   | 金  | 土  |
|            |    |            |            |     | 1  | 2  |
|            |    |            |            |     |    | 休診 |
| 3          | 4  | 5          | 6          | 7   | 8  | 9  |
| 休診         | 祝日 | 午前●<br>午後● | 午後●<br>夜間□ | 午前● |    | 休診 |
| 10         | 11 | 12         | 13         | 14  | 15 | 16 |
| 休診         |    | 午前●<br>午後● |            | 午前● |    | 休診 |
| 17         | 18 | 19         | 20         | 21  | 22 | 23 |
| 休診         |    | 午前●<br>夜間□ | 午前●<br>午後● |     |    | 休診 |
| 24         | 25 | 26         | 27         | 28  | 29 | 30 |
| 休診         |    |            |            | 午前● |    | 休診 |

## 注意事項

- ①午前の接種受付時間は ●=10時00分～11時30分
- ②午後の接種受付時間は ●=14時30分～16時00分
- ③夜間の接種受付時間は □=16時30分～18時30分
- ④お子さんの母子手帳は忘れずにお持ち下さい。

外来定期診察時に接種を希望する方は予約の必要はありません。

# 令和6年度インフルエンザ予防接種料金

●新冠町立国保診療所で接種を受ける場合

●窓口個人支払い料金（新冠町の助成金差引後）

| 接種料金 |  | 区分     | 1回目 (税込) | 2回目 (税込) | 注意事項   |
|------|--|--------|----------|----------|--|
| ①    | 16歳以上～64歳未満<br>※以下の②～⑥以外の方               | 町民     | 3,500 円  |          | 妊娠している方は当診療所では接種できません。   |
|      |  | 町外     | 3,500 円  |          |  |
| ②    | 満1歳以上<br>12歳以下の<br>小学生                   | 1回目当院⇒ | 500 円    | 500 円    | 0歳児は当診療所では接種できません。<br>(小児科などで接種して下さい)<br>接種日当日に満1歳以上とします。  |
|      |  | 1回目他院⇒ |          | 3,000 円  |  |
|      |  |        | 町外       | 3,500 円  |  |
| ③    | 中学生                                      | 上記②を除く | 町民       | 1,000 円  |  |
| ④    | 満65歳以上の方                                 | 町民     | 1,000 円  |          | 接種日満65歳以上が対象   |
|      |  | 町外     | 3,500 円  |          |  |
| ⑤    | 60歳～64歳までの助成対象者 ※右記[注意事項]の該当者で医師が必要と認める者 | 町民     | 1,000 円  |          | 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者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害を有する者 |
|      |  | 町外     | 3,500 円  |          |  |
| ⑥    | 新冠町の生活保護受給世帯で<br>②・③・④・⑤に該当する方           | 町民     | 無料       |          | 新冠町民のみ   |

# インフルエンザワクチンについて



Q1. ワクチンの効果について教えてください。

A. インフルエンザワクチンの最も大きな効果は「重症化」を予防することです。ワクチンを接種すれば絶対にかからないというものではありません。しかし、インフルエンザを予防することや重症化を予防することは一定の効果があるとされています。



Q2. ワクチンは一回接種でよいのでしょうか？

A. 13歳以上の方は1回接種を原則としています。13歳未満の方は、日本では2回接種ですがWHO(世界保健機関)は9歳以上の小児に対しては「1回接種」が適切であると言われています。



Q3. 1回目と2回目の接種間隔はどれくらいあけたらよいですか？

A. 13歳未満では2~4週間隔で2回接種します。



Q4. 1~2週間前にカゼなどのウイルス(新型コロナも含む)に感染しましたが、インフルエンザワクチン接種は可能でしょうか？

A. 体調が回復していればワクチン接種は可能です。ただし、接種するかどうかの最終判断は当日の医師が決めます。



Q5. インフルエンザワクチン接種の免疫はどのくらい続くのでしょうか？

A. 一般的に予防効果が期待できるのは接種後、2週間~5ヵ月間程度と言われています。流行する前に接種することをおすすめします。



Q6. 妊娠中・授乳中でもインフルエンザワクチンを接種してもよいですか？

A. 妊娠中のすべての時期において安全であり、ワクチン接種が勧められていますが、当診療所での接種はできません。かかりつけの産婦人科での接種をお願いします。



Q7. 新型コロナワクチンを1ヵ月以内に接種しましたが、予診票に記載するのですか？

A. はい  
予診票の「1ヵ月以内に予防接種を受けましたか」の問に、新型コロナワクチンを接種した場合「はい」欄に○(まる)をつけ、「予防接種名(コロナ)」と記載してください。



13歳以上

## インフルエンザ予防接種予診票

注意/体温は接種会場で記入します。

※太枠内を全て記入してください。

|         |  |      |        |          |        |    |   |
|---------|--|------|--------|----------|--------|----|---|
| 住所      |  | 新冠町字 | TEL( ) |          | 診察前の体温 | 度  | 分 |
| 氏名フリガナ  |  | 男・女  | 生年月日   | 大正・昭和・平成 | 年      | 月  | 日 |
| 受ける人の氏名 |  |      |        | (満)      |        | 歳) |   |

| 質問事項  | 回答欄 ※○をつけて下さい。                  | 医師記入欄 |
|---|---------------------------------|-------|
| 1. 今日受ける予防接種について説明文(裏面)を読んで理解しましたか。   | いいえ                             | はい    |
| 2. 今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン1回目ですか。  | いいえ 1回目接種(月日)                   | はい    |
| 3. 今日、体に具合の悪いところがありますか。   | ある 具体的に ↓記載<br>( )              | ない    |
| 4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。  | はい 病名 ↓記載<br>( )                | いいえ   |
| ・その場合、治療(投薬など)を受けていますか。   | はい                              | いいえ   |
| 5. 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。  | はい 病名 ↓記載<br>( )                | いいえ   |
| 6. 今までに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患・免疫不全症など)にかかり医師の診察を受けていますか。  | はい                              | いいえ   |
| 四角内を<br>チェックして<br>下さい<br><input type="checkbox"/> 心臓血管系 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 免疫不全症<br><input type="checkbox"/> その他( ) |                                 |       |
| 7. これまで間質性肺炎や気管支喘息等の呼吸器系疾患の診断を受けたことはありますか。  | はい ( )年( )月頃<br>(現在治療中・治療していない) | いいえ   |
| 8. 今までにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。   | ある 最終(年 月頃)                     | ない    |
| 9. 薬や食品(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発しんやじんましんがでたり体の具合が悪くなったことがありますか。  | ある<br>薬または食品の名前 ↓記載<br>( )      | ない    |
| 10. 近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか。  | いる                              | いない   |
| 11. 1ヶ月以内に家族や周囲で麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。   | はい 病名 ↓記載<br>( )                | いない   |
| 12. 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。  | はい 予防接種名( )                     | いいえ   |
| 13. これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。  | ある 予防接種名・症状<br>( )              | ない    |
| 14. (女性の方のみ) 現在妊娠していますか。  | はい                              | いいえ   |
| 15. その他、医師に伝えておきたいことがあれば記入してください。   |                                 |       |

|       |   |             |
|-------|---|-------------|
| 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(もしくは保護者)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医薬品医療機器総合機構法)に基づく救済について説明しました。 | 医師の署名又は記名押印 |
|-------|---|-------------|

|   |  |
|---|--|
| 医師の診察・説明を受け、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上で、接種を希望しますか。<br>※どちらかに○をつけて下さい。<br>( 接種を希望します ・ 接種を希望しません ) | 注意/必ず記入して下さい。<br>本人の署名<br>中・高校生は保護者<br>※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 続柄( ) |
|---|--|

|               |                                      |                     |
|---------------|--------------------------------------|---------------------|
| 使用ワクチン名       | 用法・用量                                | 実施場所 医師名 接種年月日      |
| インフルエンザHAワクチン | 皮下接種                                 | 実施場所: 新冠町立国民健康保険診療所 |
| Lot No.       | <input type="checkbox"/> 0.5mL(3歳以上) | 医師名: 接種日: 令和 年 月 日  |

記載頂きました個人情報はワクチン接種の予診にのみ使用致します。

# インフルエンザワクチンの接種について

インフルエンザの予防接種を実施するにあたって、受けられる方の健康状態をよく把握する必要があります。  
そのため、表面の予診票にできるだけ詳しくご記入下さい。お子さんの場合には、健康状態を良く把握している保護者の方がご記入ください。

## 1. ワクチンの効果と副反応について

予防接種により、インフルエンザの発病を阻止したり、インフルエンザによる合併症や死亡などを予防することが期待できます。一方、副反応は一般的に軽微です。注射部位が赤くなる、腫れる、硬くなる、熱をもつ、痛くなる、しびれることがあります。通常は2～3日で消失します。発熱、悪寒、頭痛、倦怠感、一過性の意識消失、めまい、リンパ節腫脹、嘔吐、嘔気、下痢、関節痛、筋肉痛なども起こることがありますが、2～3日で消失します。過敏症として、発しん、じんましん、湿しん、紅斑、多形紅斑、かゆみなどもまれに起こります。強い卵アレルギーのある方は強い副反応を生じる可能性がありますので、必ず医師に申し出て下さい。非常にまれですが、次のような副反応が起こることがあります。(1) ショック、アナフィラキシー様症状(じんましん・呼吸困難など)、(2) 急性散在性脳脊髄炎(接種後数日から2週間以内の発熱、頭痛、けいれん、運動障害、意識障害など)、(3) ギラン・バレー症候群(両手足のしびれ、歩行障害など)、(4) けいれん(熱性けいれんを含む)、(5) 肝機能障害、黄疸、(6) 喘息発作。このような症状が認められたり、疑われた場合は、すぐに医師に申し出て下さい。なお、任意予防接種した方に、健康被害(入院が必要な程度の疾病や障害など)が生じた場合については、健康被害を受けた人又は家族が独立行政法人 医薬品医療機器総合機構法に基づいて救済手続きを行うことになります。

## 2. 予防接種を受けることができない方

- 1) 明らかに発熱している方。(通常は37.5℃をこえている方)
- 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(通常30分以内に現れる呼吸困難やひどいじんましんなど)を起こしたことが明らかな方。なお、他の医薬品投与を受けてアナフィラキシーを起こした人は、接種を受ける前に医師にその旨を伝えて、判断を仰いで下さい。
- 4) その他、予防接種を行うことが不適当な状態であると医師に判断された方。

## 3. 次の方は、接種前に医師にご相談ください

- 1) 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気、気管支喘息のある方、妊娠している方。
- 2) かぜのひきはじめと思われる方。
- 3) 予防接種を受けたあと2日以内に発熱、発疹、じんましんなどのアレルギー症状を疑う異常がみられた方。
- 4) 今までにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがある方。
- 5) 薬の投与又は食事(鶏卵・鶏肉など)で皮膚に発疹が出たり、体に異常をきたしたことがある方。
- 6) 過去に免疫不全の診断がなされている方および近親者に先天性免疫不全症の方がいる方。
- 7) 出生時に未熟児で発育が良くない等で医師の指導を受けている方。(接種される方がお子さまの場合)

## 4. ワクチン接種後の注意

- 1) 接種後30分間は急な副反応が起きることがあります。医療機関にいるなどして様子を観察し、医師にすぐ連絡をとれるようにしておきましょう。
- 2) 接種部位は清潔に保ちましょう。接種当日の入浴は差し支えありませんが、接種部位をこするのはやめましょう。
- 3) 接種当日はいつも通りの生活をしましょう。激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
- 4) 万一、高熱やけいれんなどの異常な症状が出た場合は、速やかに医師の診察を受けましょう。