

# — (神戸市) インフルエンザ予防接種を受ける方へ —

## 1 インフルエンザとは

インフルエンザは、高熱、頭痛、関節痛、筋肉痛、全身倦怠感等の症状が比較的急速に現れ、風邪と同じようなどの痛み、咳、鼻水等もみられます。小児ではまれに急性脳症を、高齢の方や免疫力の低下している方では肺炎を伴うなど重症化し、命にかかわる場合もあります。

## 2 インフルエンザの予防

インフルエンザの予防には、①予防接種を受ける、②人混みを避ける、③栄養と休養を十分にとる、④室温と湿度を適度に保つ、⑤手洗いやうがいをする、⑥咳やくしゃみは他の人にかからないようにする(咳エチケット)が大切です。

## 3 ワクチンの効果

ワクチンには、発病しても重症化(肺炎、脳症などの重い合併症が現れること等)を防ぐ効果がありますが、接種すればインフルエンザに絶対にかからないというものではありません。

平成27年度より近年の流行を踏まえ、世界の動向にあわせて、4価(A型2種類、B型2種類)のインフルエンザウイルスに対応しています。

## 4 実施期間(助成対象期間)

令和2年10月1日～令和3年1月31日

## 5 接種の対象者

インフルエンザの予防接種を受けることができるのは、生後6か月以上の方です(ただし、ワクチンメーカーにより1歳からしか受けることができないものがあります)。接種は義務ではありません。自らの意思で接種を希望している方が対象です。対象者の意思の確認が容易でない場合は、家族またはかかりつけ医の協力を得て、その意思を確認することも差し支えありませんが、明確に対象者の意思を確認できない場合は接種できません。また、神戸市における公費助成の対象となる方は、接種日現在、神戸市に住民登録があり、①1～13歳未満の方、②65歳以上の方、③60～64歳の心臓、腎臓、呼吸器、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害による身体障害者手帳1級の方または同程度以上の方(②、③の対象者は予防接種法に基づく定期接種対象者)のいずれかに該当し、「4 実施期間(助成対象期間)」に接種した場合となります。

## 6 予防接種をうける前に

### (1) 一般的注意

インフルエンザ予防接種の効果や副反応についてよく理解しましょう。気にかかることやわからないことがあれば、予防接種を受ける前に医師に質問し、十分に理解、納得してから接種を受けましょう。

予診票は、接種医にとって、予防接種の可否を決める大切な情報です。接種を受ける本人、もしくは本人の記入が困難な場合は家族が責任を持って記入し、正しい情報を接種医に伝えてください。

### (2) 予防接種を受けることができない方

#### ① 接種当日、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

「重篤かつ急性」の疾患にかかっている場合には、病気の進展状況が不明であり、このような状態において予防接種は受けられません。

#### ③ インフルエンザワクチンに含まれる成分によって、アナフィラキシーショック(通常接種後30分以内に出現する呼吸困難や全身性のじんましん等を伴う重いアレルギー反応のこと)を起こしたことが明らかな方

また、卵等でアナフィラキシーショックを起こした既往歴のある方も予防接種は受けられません。

#### ④ 以前にインフルエンザの予防接種を受けたとき、2日以内に発熱の見られた方及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことのある方

#### ⑤ その他、医師より不適当な状態と判断された方

(裏面もご覧ください)

### (3) 予防接種を受けるときに、担当医師とよく相談しなくてはならない方

- ① 心臓、腎臓、肝臓、血液、発育障害等の基礎疾患がある方
- ② 過去にけいれんの既往がある方
- ③ 過去に免疫不全の診断を受けている方及び近親者に先天性免疫不全症の人がいる方
- ④ 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患がある方
- ⑤ インフルエンザワクチンに含まれる成分によって、アレルギーを呈するおそれがある方

### (4) 他の予防接種を受けている場合の接種間隔

インフルエンザワクチンは不活化ワクチンのため、接種間隔の制限はありません。

※令和2年10月1日の接種から、不活化ワクチンと経口生ワクチンの接種前後の接種間隔の制限はなくなりました。

### (5) 予防接種を受けた後の一般的注意事項

- ① ワクチン接種後24時間は副反応の出現に注意し、様子をみてください。特に接種直後の30分以内は健康状態の変化に注意しましょう。
- ② 接種後に高熱やけいれん等の異常が出現した場合は、速やかに医師の診察を受けてください。
- ③ ワクチン接種後1時間を経過すれば、入浴は差し支えありませんが、注射部位をこすることはやめましょう。
- ④ 接種後は、接種部位を清潔に保ちましょう。過激な運動、大量の飲酒は、それ自体で体調の変化をきたす恐れがあるので、ワクチン接種後24時間は避けましょう。

## 7 予防接種の副反応と健康被害救済制度

どのワクチンでも接種後に、副反応が起こることがあります。また、接種時期に、他の病気が偶然重なって現れることもあります。

接種を受けた場所（局所）が、赤みを帯びたり、腫れたり、痛んだりすることがあります。また、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もあります。これらの症状は通常2～3日のうちに治ります。なお、接種後数日から2週間以内に発熱、頭痛、けいれん、運動障害、意識障害等、重い症状が現れることもあると報告されており、非常にまれですが、アナフィラキシーショック（じんましん、呼吸困難等）が現れることもあります。接種後、体調に変化があった場合は、すぐに接種医にご相談ください。

定期接種対象者に該当する方が、予防接種後の副反応により、医療機関での入院治療が必要とされる程度の健康被害が生じた場合には、予防接種法に基づく予防接種健康被害救済制度の対象となる場合があります。ただし、その健康被害と予防接種の因果関係を関連分野の専門家による国の審査会で審議し、認定された場合に補償を受けることとなります。

定期接種の対象者ではない方が、万一入院を必要とする程度の疾病や日常生活が著しく制限される程度以上の障害等の健康被害が生じた場合については、独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）の医薬品副作用被害救済制度に基づく救済の対象となります。

## 8 予防接種を受けない場合

接種医の説明を十分受け、診察を行ったうえで、接種を実施しなかった場合は、それがいかなる理由であっても、その後、インフルエンザにかかる、あるいはかかって症状が重症化、死亡が発生しても、担当した医師にその責任を求めることはできません。

東灘区役所 078-841-4131(代)	灘区役所 078-843-7001(代)	中央区役所 078-232-4411(代)
兵庫区役所 078-511-2111(代)	北区役所 078-593-1111(代)	北神区役所 078-981-5377(代)
長田区役所 078-579-2311(代)	須磨区役所 078-731-4341(代)	北須磨支所 078-793-1313(代)
垂水区役所 078-708-5151(代)	西区役所 078-929-0001(代)	西神保健福祉窓口 078-990-0201(代)
保健所予防衛生課 TEL 078-322-6788 FAX 078-322-6763		

住民登録の住所	神戸市 区	
氏名	フリガナ	生年月日 大正 年 月 日 (満 歳) 昭和 *対象者は満65歳以上 または満60歳から満64歳の一部の内部障害者のみ 男・女
接種日	令和	実施場所(施設の場合は施設名) <input type="checkbox"/> 右記医療機関 医療機関名 接種医名 

太線の中をもれなく記入し、下記の質問事項に回答してください。

実施期間 令和2年10月1日～翌年1月31日まで 《期間内、1回のみ助成可（2回目は全額自己負担）》

- ◎ご注意ください◎
- この用紙は、**予防接種済証**となりますので、大切に保管してください。
  - 無料対象者の方は、**接種を受ける前に無料対象者であることを確認できる書類を医療機関に提示してください。**自己負担額1,500円をお支払い後に書類を提示されても接種料金はお返しできません。

↓ 次のことについてもれなく記入してください。  
記入もれがある場合、接種を受けられないことがあります。

診察前の体温 度 分

質問事項	回答欄	医師記入欄
1. 今日のインフルエンザの予防接種について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. 現在、何か病気にかかっていますか。病名（ ）	はい いいえ	
4. 治療（投薬など）を受けていますか。	はい いいえ	
5. 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いわれましたか。	はい いいえ	
6. 免疫不全と診断されたことがありますか。	はい いいえ	
7. 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	
8. 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	
9. 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。（2日以内の発熱や全身の発疹等）	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	
10. 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	
11. 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	
12. 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	
13. 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	
14. 今日の予防接種について質問がありますか。	はい いいえ	

※異なるワクチン間の接種間隔の変更により、注射の生ワクチン間のみ、27日以上の間隔が必要です

医師記入欄	接種を受ける本人に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明しました。	ワケバカ
	問診及び診察の結果、今日の予防接種は（可能・見合わせる）と判断します。	Lot No
	医師署名又は記名押印	接種量 ml

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、予防接種の効果や目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解したうえで、接種することを希望しますか。※いずれかに○（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、本予診票が神戸市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 \_\_\_\_\_ 日中連絡先（ ） -

（※自署できない場合は代筆者が被接種者名を署名し、下記に代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載）

代筆者氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ 日中連絡先（ ） -

対象者が自らの意思で接種を希望していることを確認すること。対象者の意思の確認が容易でない場合は、家族又はかかりつけ医の協力を得て、その意思を確認することも差し支えないが、明確に対象者の意思を確認できない場合は、接種してはならないこと（定期接種実施要領）