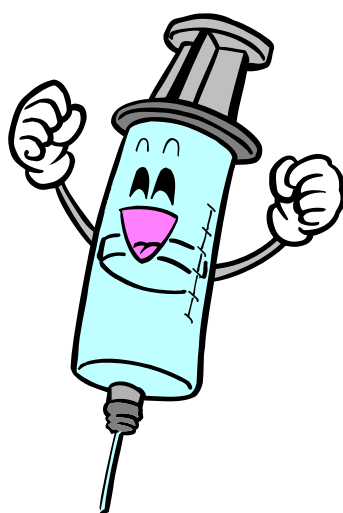


令和7年度

高齢者インフルエンザ予防接種

実 施 要 領



伊 勢 市

・

度 会 郡

(玉城町・度会町・南伊勢町・大紀町)

※各市町の問合せ先は、実施要領最終ページ「担当課一覧表」  
をご覧ください。

今年度の注意点・変更点については  
表紙の裏をご覧ください。

## 担当課（問い合わせ先）

|             |                   |
|-------------|-------------------|
| 伊勢市健康課      | （電話 0596-27-2435） |
| 玉城町保健福祉課    | （電話 0596-58-8000） |
| 度会町保健こども課   | （電話 0596-62-1112） |
| 南伊勢町子育て・福祉課 | （電話 0599-66-1114） |
| 大紀町健康福祉課    | （電話 0598-86-2216） |

★実施要領等は「伊勢市・度会郡（玉城町・度会町・南伊勢町・大紀町）」で共通様式ですが、それぞれ自治体としては異なりますので、請求書等は各市町へ送付をお願いします。  
送付先等は実施要領最終ページをご覧ください。

### 変更点

★令和7年度の請求書は、**りんどう色**（伊勢市・玉城町・度会町・南伊勢町用）  
**みどり色**（大紀町用）です。

★令和7年度から請求書様式の電子データを作成しましたので、ご希望の場合は上記の担当市町へお問い合わせください。

### 注意点

- ★実施期間は、**令和7年10月1日から令和8年1月31日**です。（昨年と同様）
- ★初回請求時及び、口座を変更した場合は、**「口座登録申請書」を記入し、請求時に各市町へ同封してください。**
- ★インフルエンザワクチンと他の予防接種との接種間隔については、制限はありません。  
2種類以上の予防接種を同時に同一の接種対象者に対して行う同時接種は、医師が特に必要と認めた場合に行うことができます。

### 【新型コロナワクチンについて】

新型コロナワクチン接種においても、他のワクチンとの接種間隔に制限はありません。  
また、他のワクチンとの同時接種については、特に医師が必要と認めた場合に可能です。

★60～65歳未満の方で、心臓、腎臓、呼吸器、又はヒト免疫不全ウイルスにより一定の障がい（身体障害者手帳1級程度）を有する方は対象となります。障がいの程度について詳細は、P13をご覧ください。

（身体障害者手帳の写し※か、診断書のコピーの添付が必要です）

※障害者手帳の個人が特定できるページと、障がいの種類・程度が記載されているページのコピーが必要です。コピーは予診票の後ろにホチキス留めをお願いします。

★予診票の代筆者について、医師、看護師、施設長の代筆は原則認められません。（詳しくはP5参照）

★理事長（法人の代表者）がいる施設・病院・医院は、委任状の提出が必要な場合があります。

別紙【委任状について】をご覧ください。（伊勢市と玉城町のみ）

★接種対象者で、生活保護受給中の方は無料で接種して頂けます。（生活保護受給中であっても、接種対象者以外の方の接種は全額自己負担となります）

★生活保護の対象者から申し出があった場合、医療機関は市町担当課に連絡し、担当課は折り返し、該当か否かの返事をするようになっておりましたが、連絡は不要になりました。

★大紀町の方で、75歳以上の方は自己負担金が無料です。接種費用の全額を大紀町に請求してください。（大紀町のみ請求書はみどり色です。）

★実施期間内に別々の医療機関で重複接種される方が見受けられます。接種前に未接種であることの確認と、接種後には証明として接種済シールの配布をお願いします。

★同封の予診票と接種済シールは、定期の高齢者インフルエンザ予防接種対象者専用です。対象外の方の予診票・シール等については、ワクチン卸業者へお問い合わせください。

★予防接種副反応疑いの報告は、従来のFAXでの報告のほか、ウェブサイトから独立行政法人医薬品医療機器総合機構【PMDA】へも報告が可能です。（報告書は全国統一様式です。全ての定期予防接種と新型コロナワクチンについて使用できます。）

・【PMDA 報告受付サイト】

URL:<https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html>

## 目 次

|    |                                                     |       |
|----|-----------------------------------------------------|-------|
| 1  | 実施期間・・・・・・・・・・・・・・・・・・                              | P 1   |
| 2  | 実施場所・・・・・・・・・・・・・・・・・・                              | P 1   |
| 3  | 実施日時・・・・・・・・・・・・・・・・・・                              | P 1   |
| 4  | 接種対象者・・・・・・・・・・・・・・・・・・                             | P 1   |
| 5  | 公費による接種回数・・・・・・・・・・                                 | P 1   |
| 6  | ワクチンの確保・・・・・・・・・・                                   | P 1   |
| 7  | 接種量・・・・・・・・・・                                       | P 1   |
| 8  | ワクチンの取扱いについて・・・・・・・・                                | P 1～2 |
| 9  | 予診並びに接種不相当者及び接種要注意者<br>(B 類疾病予防接種ガイドライン参照) ・・・・・・・・ | P 2   |
| 10 | 他の予防接種との関係・・・・・・・・                                  | P 2   |
| 11 | 予防接種に関する説明及び同意・・・・・・・・                              | P 2   |
| 12 | 接種時の注意・・・・・・・・                                      | P 2～3 |
| 13 | 接種済シールと健康手帳の記載及び交付について・・・・                          | P 3   |
| 14 | 接種後の注意・・・・・・・・                                      | P 3   |
| 15 | 副反応疑いの報告・・・・・・・・                                    | P 3～4 |
| 16 | 予防接種時の間違いの報告・・・・・・・・                                | P 4   |
| 17 | 委託料及び自己負担金・・・・・・・・                                  | P 4   |
| 18 | 自己負担金の徴収及び徴収免除者の取扱い・・・・・・・・                         | P 4   |
| 19 | 接種完了後、市町への報告及び委託料の請求・・・・                            | P 4～5 |
| 20 | 委託料の支払方法・・・・・・・・                                    | P 5   |
| 21 | その他<br>(1) 予診票について・・・・・・・・                          | P 5   |
|    | (2) 実施期間終了後の資料について・・・・・・・・                          | P 5   |
|    | (3) 資料の不足について・・・・・・・・                               | P 5   |

## <参考>

接種済シール及び健康手帳記載例・・・・・・・・・・ P 6

報告書兼請求書記載例・・・・・・・・・・ P 7～8

予診票記載例・・・・・・・・・・ P 9

予診票の記入についての注意点・・・・・・・・ P 10～11

令和 7 年 年齢早見表・・・・・・・・ P 12

接種対象者の障がいの程度・・・・・・・・ P 13

高齢者インフルエンザ予防接種市町担当課一覧表・・・・・・・・ P14

# 高齢者インフルエンザ予防接種実施要領

## 1 実施期間

令和7年10月1日（水）～令和8年1月31日（土）

## 2 実施場所

伊勢市・度会郡各町の要請に応じて個別接種に協力をする旨を承諾した医師により、当該医師に係る医療機関で接種を行う個別接種とすること。

ただし、接種を希望する者が寝たきり等の理由により、上記医療機関における接種を実施しがたい場合においては、予防接種を実施する際の事故防止対策や副反应对策等の十分な準備がなされた場合に限り、上記医師による接種希望者の自宅や入所・入院施設等での予防接種を実施しても差し支えない。

## 3 実施日時 各医療機関の指定する日時

## 4 接種対象者

（1）伊勢市・度会郡各町に住所を有する者に限る。

※住所については、マイナ保険証、資格確認書、健康保険証（有効期限内）のいずれかにより確認する。

※住所の不明確なものについては、市町担当課まで連絡すること。

（2）接種日において65歳以上の接種希望者。

（3）接種日において60歳以上65歳未満の者であって、心臓、じん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がいをする者。【P13参照】

対象者の意思確認が出来ない場合は接種できない。

対象者の意思確認が困難な場合は、家族又はかかりつけ医の協力により対象者本人の意思確認をすることとし、接種希望であることが確認できた場合には接種することができる。

## 5 公費による接種回数 1回（皮下注射）

## 6 ワクチンの確保 接種に要するワクチンは医療機関で購入する。

## 7 接種量 0.5ml

## 8 ワクチンの取扱いについて

（1）ワクチンの保管は、生物学的製剤基準に定めるところによるほか、温度管理がなされていたことが、温度計により確認できる冷蔵庫等を使用すること。また、凍結させないなど、添付文書を確認の上、適切に貯蔵すること。

(2) ワクチンの使用に当たっては、標示されたワクチンの種類、有効期限内であること及び異常な混濁、着色、異物の混入その他の異常がない旨を確認すること。

(3) 開封（栓）したバイアルは、貯法（遮光して10℃以下に凍結を避けて保存）に従って保存し、24時間以内に使用すること。

## 9 予診並びに接種不適合者及び接種要注意者

**B 類疾病** 予防接種ガイドライン参照。

※特に本人の意思確認が出来ない場合は、接種できない。

## 10 他の予防接種との関係

インフルエンザワクチンと他の予防接種との接種間隔については、制限なし。  
2種類以上の予防接種を同時に同一の接種対象者に対して行う同時接種は、医師が特に必要と認めた場合に行うことができる。  
なお、複数のワクチンを混合して、同じ注射器内に入れて接種（混注）してはならない。

### 【新型コロナワクチンについて】

新型コロナワクチン接種においても、他のワクチンとの接種間隔に制限はありません。また、他のワクチンとの同時接種については、特に医師が必要と認めた場合に可能です。

## 11 予防接種に関する説明及び同意

予診の際は、インフルエンザの効果、予防接種後の通常起こり得る反応、まれに生じる重い副反応及び予防接種健康被害救済制度について十分に説明し、インフルエンザの予防接種の対象者が、その内容を理解した上で自らの意思で接種を希望し、インフルエンザの予防接種の実施に関して文書（予診票）による同意をした場合に限り接種を行うものとする。

## 12 接種時の注意

(1) 予防接種を行うに当たっては、次に掲げる事項を遵守すること。

ア 予防接種に従事する者は、手指を消毒すること。

イ 接種液の使用に当たっては、有効期限内のものを均質にして使用すること。

ウ バイアル入りの接種液は、ゴム栓及びその周囲をアルコール消毒した後、ゴム栓を取り外さないで吸引すること。

エ 原則として上腕伸側（外側）に皮下接種により行う。

オ 接種の前には接種部位をアルコール消毒し、接種に際しては、注射針の先端が血管内に入っていないことを確認すること。

カ 接種用具等の消毒は、適切に行うこと。

(2) 予防接種を受けた者に対して、次に掲げる事項を要請すること。

- ア 接種後には、接種部位を清潔に保ち、接種当日は過激な運動を避けるよう注意すること。
- イ 接種後、24時間、特に接種直後の30分以内は副反応の出現に注意し、接種部位の異常反応や体調変化を訴える場合は、速やかに医師の診察を受けること。
- ウ 予防接種を受けた者は、イの場合において、医師の診察を受けたときは、速やかに市町担当課に連絡すること。

### 1.3 接種済シールと健康手帳の記載及び交付について（記載例 P6 参照）

(1) 接種を行った際に健康手帳に接種済シールを貼付し、シールに被接種者氏名、メーカー名及び Lot No、接種者名、接種年月日を記入すること。

※接種当日、健康手帳を忘れてきた者については、接種済シールのみ配布し、後で手帳に貼付するように指示すること。

(2) 健康手帳を紛失又はまだ交付されていない者については、再交付または新規交付すること。（※伊勢市のみ）

### 1.4 接種後の注意

ワクチン接種後、30分程度はその接種場所で待機させること。

1.5 副反応疑いの報告（平成25年4月1日より義務化。報告書は全国統一様式です。全ての定期予防接種と新型コロナワクチンについて使用できます。）

予防接種による副反応と思われる症状を診断（別添 別紙様式1裏面の「報告基準」参照）した場合は、速やかに下記のいずれかの方法で、医薬品医療機器総合機構【PMDA】へ報告すること。※合わせて市町へもご一報ください。

- ・医薬品医療機器総合機構【PMDA】の報告受付サイトからオンラインにて報告書を作成し、提出する。（電子報告）

【PMDA 報告受付サイト】

URL:<https://www.pmda.go.jp/safety/reports/hcp/0002.html>

- ・別添 別紙様式1「予防接種後副反応疑い報告書」に記入後、医薬品医療機器総合機構【PMDA】へFAXにて報告する。（各種ワクチン共通予防接種フリーダイヤル：FAX 番号 0120-176-146）

※国立感染症研究所ホームページからダウンロードできる入力アプリにて報告書作成も可能です。

※その症状が、急性散在性脳脊髄炎（ADEM）、ギラン・バレー症候群、血栓症

（血栓塞栓症を含む。）（血小板減少症を伴うものに限る。）（TTS）と疑われる場合、心筋炎又は心膜炎に該当する場合は、それぞれ各調査票（別添あり）も作成して送付すること。

医療機関の関係者は、厚生労働省等から副反応に関する情報収集等の協力依頼がなされた時には、これに協力すること。

## 16 予防接種時の間違いの報告

（１）万が一、誤った用法用量でワクチンを接種した場合や、有効期限の切れたワクチンを接種した場合、血液感染を起こしうる場合等の重大な健康被害につながるおそれのある間違いがあった場合には、速やかに市町担当課へ連絡すること。（速やかに県経由にて厚生労働省へ報告が必要です。）

（２）接種間隔の誤りなど、直ちに重大な健康被害につながる可能性が低い間違いについては「定期外接種報告書※」を用いて各市町へ報告すること。（県経由にて厚生労働省へ報告が必要ですが、医療機関名・被接種者名の報告はありません。）

※「定期外接種報告書」は必要時、実施医療機関へお渡しします。（「定期 A 類予防接種」または「高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種」書類に同封されています）

## 17 委託料及び自己負担金

|                |             |
|----------------|-------------|
| ●委託料           | 4,800円（調整中） |
| ●自己負担金         | 1,500円      |
| ◎75歳以上の大紀町民    | 無料          |
| ●徴収免除者（生活保護の方） | 無料          |

※委託料 4,800 円のうち、1,500 円は被接種者の自己負担、残り 3,300 円を市町が助成するものとする。

## 18 自己負担金の徴収及び徴収免除者の取扱い

自己負担金……窓口において、医療機関の発行する領収書により徴収し、医療機関の収入とする。

徴収免除者……生活保護の方（「4 接種対象者」の項目を満たすこと。）

## 19 接種完了後、市町への報告及び委託料の請求

接種完了後、報告書兼請求書に予診票を添え、1ヶ月分まとめて、翌月の10日までに、請求先市町担当課へ提出する。

請求書は①伊勢市・玉城町・度会町・南伊勢町版（りんどう色）、②大紀町版（みどり色）の2種類ある。

## 提出書類

- ・高齢者インフルエンザ予防接種実施報告書兼請求書（記載例 P7～8 参照）
- ・予診票  
60 歳～65 歳未満の対象者については、身体障害者手帳の写し（※）か診断書等のコピーを添付すること。  
※障害者手帳の個人が特定できるページと、障がいの種類・程度が記載されているページのコピーが必要です。（コピーは予診票の後ろにホチキス留め）
- ・「口座登録申請書」は、初回請求時及び、口座を変更した場合に記入し、請求時に各市町へ同封してください。

## 20 委託料の支払方法

金融機関への口座振込とし、実施月の翌々月の末日までに支払うものとする。振り込み後は各医療機関へ通知する。  
なお、請求書の提出が 10 日を過ぎた場合は、さらに 1 ヶ月先の支払いとする。

## 21 その他

### （1） 予診票について

＜伊勢市・度会郡配布のもの(水色)を使用（記載例 P9 参照）＞

ア 内容について、記載漏れのないよう確認すること。

イ 接種前に本人の意思を確認後、予防接種希望欄に署名を取ること。

〔 自署できない者は代筆者が署名し、被接種者氏名・代筆者氏名・被接種者との続柄を記載すること。※詳しくは P11 参照〕

ウ 代筆者については原則、家族か親類の者とし、家族や親類などがいない場合や、遠距離などの都合でやむを得ず代筆できない場合、ケアマネジャー及び介護職員など身の回りの世話をしている者に限り代筆可能とする。

医師、看護師、施設長の代筆は原則認められない。

※医師、看護師、施設長以外に代筆できるものがない場合には、その旨を欄外に記載してください。

【例】

|    |     |
|----|-----|
| 続柄 | 看護師 |
|----|-----|

入院中のため、他に代筆者がいない

エ 請求の際、他市町分と混同しないよう、請求する件数と予診票の枚数を確認し提出すること。

オ 請求は他の月の分と混ぜず、月別に請求書を提出すること。

### （2） 実施期間終了後の資料について

予診票・接種済シール・健康手帳の残については、実施期間終了後に返還すること。

### （3） 資料の不足について

予診票・接種済シール・健康手帳が不足した場合は担当課へ連絡すること。

### ◆健康手帳記載例◆

[illegible]

接種済シールに、被接種者氏名、メーカー名及びLot No、接種者署名、接種年月日を記入（ゴム印でも可）し、健康手帳の医療記録欄に貼付すること。

# 記載例

令和7年度

伊勢市・玉城町・度会町・南伊勢町用

※大紀町への請求の場合は、別の用紙をご使用ください。

令和 7年 11月 2日

令和 7年 10月分

## 高齢者インフルエンザ予防接種実施報告書兼請求書

【伊勢市・玉城町・度会町・南伊勢町】 長 様

※請求先を○で囲んでください。

住所(所在地) 〒516-0076

伊勢市八日市場町13-1

病(医)院名 医療法人〇〇会 保健病院

保健病院印

代表者名 理事長 保健 太郎

T E L (0596) 27-2435

登録番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

予防接種法によるインフルエンザ予防接種を下記のとおり実施したので報告します。

なお、委託料を下記のとおり請求します。

請求金額 (税込) 63,900 円 内消費税 5,808 円

上記金額の訂正は不可です。新しい用紙をご使用ください。

※最終的な金額は訂正不可です。  
新しい用紙をご使用ください。

※訂正は二重線で消し、  
請求印と同じ印を押してください。

| 予防接種名   | 区分    | 委託料 (税込) | 内訳        | 件数   | 請求金額     |            |
|---------|-------|----------|-----------|------|----------|------------|
|         |       |          |           |      | 委託料 (税込) | 内消費税 (10%) |
| インフルエンザ | 一般    | 3,300 円  | 10% 300 円 | 15 人 | 49,500 円 | 4,500 円    |
|         | 生活保護者 | 4,800 円  | 10% 436 円 | 3 人  | 14,400 円 | 1,308 円    |
| 合 計     |       |          |           | 18 人 | 63,900 円 | 5,808 円    |

(注) 本請求書及び予診票は各市町毎に分けて、それぞれの市町へ送付してください。

**(注) 初回請求時及び、口座を変更した場合は、別紙の「口座登録申請書」に記入し、請求時に同封してください。**

### 注意点！！

- ・最終的な合計金額の訂正は不可です。新しい用紙をご使用ください。
- ・訂正印は代表者名の欄に押印したものと同じ印を押印してください。

|              |                                                                     |                                                                      |           |                  |  |
|--------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------|------------------|--|
| <b>記 載 例</b> |                                                                     | 交付した場合は、忘れずに○をすること！（※伊勢市のみ）                                          |           | 伊勢市・度会郡          |  |
|              |                                                                     |                                                                      |           | (接種日に住民登録がある方のみ) |  |
| 健康手帳         | 交付・再交付                                                              | 生活保護口 (該当の方は口にチェックし、下記に署名してください)<br>生活保護受給者であることの調査に同意します。【署名 _____】 |           |                  |  |
| 住 所          | 該当の方は必ず☑し、署名すること！                                                   |                                                                      |           |                  |  |
| 氏名フリガナ       | ケンコウ ハナコ                                                            | 性別                                                                   | 男 ・ 女 ( ) |                  |  |
| 氏 名          | 健 康 花 子                                                             | フリガナは忘れずに記載すること。<br>生年月日も健康保険証にて確認すること。                              |           |                  |  |
| 生年月日         | (どちらかに○をつけてください)<br>大正 ・ 昭和 ( ) 16年 10月 30日生 (満 84 歳) 体 温 _____ 度 分 |                                                                      |           |                  |  |

| 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裏面の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。<br>病名 ( )                        | はい ( ) いいえ ( ) |       |
| 治療（投薬など）を受けていますか。                                  | 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。<br>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<br>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<br>最近1ヶ月以内に禁じられたことがありますか。 | はい ( ) いいえ ( ) |       |
| 病名 ( )                                             | はい ( ) いいえ ( ) |       |
| 今日の予防接種についてお気づきの点があれば、                             | はい ( ) いいえ ( ) |       |

|       |                                                                                                        |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 医師記入欄 | 以上を踏まえ、今日の予防接種は ( 可 能 ・ 見 込 め る )<br>として、予防接種の効果、副反応及び<br>各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 <u>保健 太郎</u> |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                 |                                  |                    |  |
|---------------------------------|----------------------------------|--------------------|--|
| ワクチンロット番号                       | 接種量                              | 実 施 場 所 ・ 医 師 名    |  |
| Lot No. <b>456</b><br>(有効期限要確認) | (0.5mlを皮下接種)<br><b>0.5</b><br>ml | 実施場所 <b>保健病院</b>   |  |
| 接 種 年 月 日                       |                                  | 医 師 名 <b>保健 太郎</b> |  |
| 令和 7 年 10 月 30 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。          |                                   |                            |   |
| 代筆される場合は、代筆者が年月日、被接種者氏名及び<br>代筆者氏名、続柄を必ず記入すること！         |                                   | 接種を希望します ( ) 接種を希望しません ( ) |   |
| 被接種者署名及び代筆者署名欄 (※自署 代筆者が署名し、代筆者氏名および被接種者との続柄を記載してください。) |                                   |                            |   |
| 令和 7 年 10 月 30 日                                        | 被 接 種 者 署 名<br>(代筆者が署名される場合は必ず記入) | 健康 花子                      |   |
|                                                         | 代筆者署名 <b>健康 正夫</b>                | 続柄                         | 子 |

## 予診票の記入についての注意点

### ＜予診票は伊勢市・度会郡配布のもの（水色）を使用＞

#### 1. 健康手帳について（※伊勢市のみ）

健康手帳交付・再交付の方は、必ず予診票に○を付けること。

**交 付** ➡ 今回初めて交付される方

**再交付** ➡ 今までに一度でも交付されたことのある方で紛失等で今回交付される方

#### 2. 生活保護について

該当する方については、予診票の生活保護の欄に必ず■をし、署名をすること。

#### 3. フリガナについて

被接種者氏名のフリガナを忘れずに記入すること。

例）山崎さんの場合、「ヤマサキ」と「ヤマザキ」を確認すること。

※ひらがなの氏名でもフリガナを記入すること。

（間違い例）

|        |      |     |
|--------|------|-----|
| 氏名フリガナ | ケンコウ | エ   |
| 氏 名    | 健康   | ふみゑ |



（正しい例）

|        |      |     |
|--------|------|-----|
| 氏名フリガナ | ケンコウ | フミエ |
| 氏 名    | 健康   | ふみゑ |

|        |      |     |
|--------|------|-----|
| 氏名フリガナ | ケンコウ |     |
| 氏 名    | 健康   | よしみ |



|        |      |     |
|--------|------|-----|
| 氏名フリガナ | ケンコウ | ヨシミ |
| 氏 名    | 健康   | よしみ |

#### 4. 医師記入欄について

医師記入欄の医師署名又は記名押印は、医師本人が記入すること。

#### 5. ワクチンロット番号について

Lot No.は、手書きまたはシールを貼付すること。

シールの場合にははがれることのないよう、しっかりと貼付すること。

#### 6. 実施場所・医師名について

医師名は接種医師の氏名を記入すること。（ゴム印でも可）

## 7. 被接種者署名及び代筆者署名について

### ①被接種者本人が署名する場合

必ず本人の意思確認後、原則被接種者本人が署名年月日及び自署にて署名すること。

### ②代筆者が署名する場合

被接種者による署名が困難な場合は、必ず被接種者の意思確認後、原則家族及び親族の者が日付、被接種者署名、代筆者署名、続柄を代筆すること。

#### 代筆者として認められる者

- ・原則、家族及び親族の者
- ・家族や親族などがいない場合や、遠距離などの都合でやむを得ず代筆が出来ない場合は、ケアマネージャー及び介護職員など身の回りの世話をしている者に限る。

#### 代筆者として認められない者

- ・医師、看護師、施設長

※医師、看護師、施設長以外に代筆できるものがない場合には、その旨を欄外に記載してください。

【例】

|    |     |
|----|-----|
| 続柄 | 看護師 |
|----|-----|

入院中のため、他に代筆者がいない

(記入例)

**忘れずに記入すること**

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。 ( 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。

被接種者署名及び代筆者署名欄 (※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名および被接種者との続柄を記載)

|            |                              |       |       |
|------------|------------------------------|-------|-------|
| 令和7年10月30日 | 被接種者署名<br>(代筆者が署名される場合も必ず記入) |       |       |
|            | 代筆者署名                        | 健康 正夫 | 健康 花子 |
|            |                              | 続柄    | 子     |

署名した日付を必ず記入  
(日付は接種日以前であること)

代筆者による署名の場合は、3ヶ所とも必ず記入

本人の意思確認が出来ない場合は、家族の同意や代筆があっても接種できないので注意すること。

# 令和7年 年 齡 早 見 表

| 大 正 |       |     | 昭 和 |       |    |
|-----|-------|-----|-----|-------|----|
| 生年  | 西暦    | 年齢  | 生年  | 西暦    | 年齢 |
| 4年  | 1915年 | 110 | 元年  | 1926年 | 99 |
| 5年  | 1916年 | 109 | 2年  | 1927年 | 98 |
| 6年  | 1917年 | 108 | 3年  | 1928年 | 97 |
| 7年  | 1918年 | 107 | 4年  | 1929年 | 96 |
| 8年  | 1919年 | 106 | 5年  | 1930年 | 95 |
| 9年  | 1920年 | 105 | 6年  | 1931年 | 94 |
| 10年 | 1921年 | 104 | 7年  | 1932年 | 93 |
| 11年 | 1922年 | 103 | 8年  | 1933年 | 92 |
| 12年 | 1923年 | 102 | 9年  | 1934年 | 91 |
| 13年 | 1924年 | 101 | 10年 | 1935年 | 90 |
| 14年 | 1925年 | 100 | 11年 | 1936年 | 89 |
|     |       |     | 12年 | 1937年 | 88 |
|     |       |     | 13年 | 1938年 | 87 |
|     |       |     | 14年 | 1939年 | 86 |
|     |       |     | 15年 | 1940年 | 85 |
|     |       |     | 16年 | 1941年 | 84 |
|     |       |     | 17年 | 1942年 | 83 |
|     |       |     | 18年 | 1943年 | 82 |
|     |       |     | 19年 | 1944年 | 81 |
|     |       |     | 20年 | 1945年 | 80 |
|     |       |     | 21年 | 1946年 | 79 |
|     |       |     | 22年 | 1947年 | 78 |
|     |       |     | 23年 | 1948年 | 77 |
|     |       |     | 24年 | 1949年 | 76 |
|     |       |     | 25年 | 1950年 | 75 |
|     |       |     | 26年 | 1951年 | 74 |
|     |       |     | 27年 | 1952年 | 73 |
|     |       |     | 28年 | 1953年 | 72 |
|     |       |     | 29年 | 1954年 | 71 |
|     |       |     | 30年 | 1955年 | 70 |
|     |       |     | 31年 | 1956年 | 69 |
|     |       |     | 32年 | 1957年 | 68 |
|     |       |     | 33年 | 1958年 | 67 |
|     |       |     | 34年 | 1959年 | 66 |
|     |       |     | 35年 | 1960年 | 65 |
|     |       |     | 36年 | 1961年 | 64 |
|     |       |     | 37年 | 1962年 | 63 |
|     |       |     | 38年 | 1963年 | 62 |
|     |       |     | 39年 | 1964年 | 61 |
|     |       |     | 40年 | 1965年 | 60 |

心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害の程度

(2001 年 11 月 健発第 1058 号 健康局長通知)

### 心臓機能障害

- (1) 次のいずれか 2 以上の所見があり、かつ、安静時または自己の身の周りの日常生活活動でも心不全症状、狭心症症状または繰り返すアダムスストークス発作が起こるもの。
- ①胸部エックス線写真所見で心胸比 0.60 以上のもの
  - ②心電図で陳旧性心筋梗塞所見があるもの
  - ③心電図で脚ブロック所見があるもの
  - ④心電図で完全房室ブロック所見があるもの
  - ⑤心電図で第二度以上の不完全房室ブロック所見があるもの
  - ⑥心電図で心房細動または粗動所見があり、心拍数に対する脈拍数の欠損が 10 以上のもの
  - ⑦心電図で ST の低下が 0.2mV 以上の所見があるもの
  - ⑧心電図で第 I 誘導、第 II 誘導および胸部誘導(ただし VI を除く)のいずれかの T が逆転した所見があるもの
- (2) 人工ペースメーカーを装着したものまたは人工弁移植、弁置換を行ったもの

### 腎臓機能障害

腎臓機能検査において、内因性クレアチンクリアランス値が 10mL/分未満、または血清クレアチニン濃度が 8.0mg/dL 以上であって、かつ、自己の身の周りの日常生活活動が著しく制限されるか、または血液浄化を目的とした治療を必要とするもの若しくは極めて近い将来に治療が必要となるもの。

### 呼吸機能障害

予測肺活量 1 秒率、動脈血ガスおよび医師の臨床所見により、呼吸困難が強いため歩行がほとんどできないもの、呼吸障害のため予測肺活量 1 秒率の測定ができないもの、予測肺活量 1 秒率が 20 以下のものまたは動脈血 O<sub>2</sub> 分圧 50Torr 以下のもの。

予測肺活量 1 秒率とは、1 秒量(最大呼気位から最大努力下呼出の最初の 1 秒間の呼気量)の予測肺活量(性別、年齢、身長で正常ならば当然あると予測される肺活量の値)に対する百分率である。

### ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害

ヒト免疫不全ウイルスに感染していて、次のいずれかに該当するものをいう。

- (1) CD4 陽性 T リンパ球数が 200/ $\mu$ L 以下で、次の項目(①~⑫)のうち 6 項目以上が認められるもの。
- ①白血球数について 3,000/ $\mu$ L 未満の状態が 4 週以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続く。
  - ②Hb 量について男性 12 g/dL 未満、女性 11 g/dL 未満の状態が 4 週以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続く。
  - ③血小板数について 10 万/ $\mu$ L 未満の状態が 4 週以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続く。
  - ④ヒト免疫不全ウイルス RNA 量について 5,000 コピー/mL 以上の状態が 4 週以上の間隔をおいた検査において連続して 2 回以上続く。
  - ⑤1 日 1 時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感および易疲労が月に 7 日以上ある。
  - ⑥健常時に比し 10%以上の体重の減少がある。
  - ⑦月に 7 日以上の上の発熱(38℃以上)が 2 ヶ月以上続く。
  - ⑧1 日に 3 回以上の泥状ないし水様下痢が月に 7 日以上ある。
  - ⑨1 日に 2 回以上の嘔吐あるいは 30 分以上の嘔気が月に 7 日以上ある。
  - ⑩口腔内カンジタ症(頻回に繰り返すもの)、赤痢アメーバ症、帯状疱疹、単純ヘルペスウイルス感染症(頻回に繰り返すもの)、糞線虫症および伝染性軟属腫等の日和見感染症の既往がある。
  - ⑪生鮮食料品の摂食禁止等の日常生活活動上の制限が必要である。
  - ⑫軽作業を超える作業の回避が必要である。
- (2) 回復不能なエイズ合併症のため介助なくして日常生活がほとんど不可能な状態のもの\*

※：接種に当たっては、HIV 感染の治療に当る主治医の意見を十分に聞いたうえで、本人への説明をつくして意思を確認し、接種の可否を慎重に決定する(付録 53 頁 結核感染症課長通知)

## 高齢者インフルエンザ予防接種市町担当課一覧表

14

| 市町   | 担当課     | 担当係    | TEL          | FAX          | 〒        | 住所                                     |
|------|---------|--------|--------------|--------------|----------|----------------------------------------|
| 伊勢市  | 健康課     | 地域医療係  | 0596-27-2435 | 0596-21-0683 | 516-0072 | 伊勢市宮後1-1-35<br>MiraISE内伊勢市健康福祉ステーション5階 |
| 玉城町  | 保健福祉課   | 保健師    | 0596-58-8000 | 0596-58-8688 | 519-0433 | 度会郡玉城町勝田4876-1<br>保健福祉会館内              |
| 度会町  | 保健こども課  | 保健衛生係  | 0596-62-1112 | 0596-62-1138 | 516-2195 | 度会郡度会町棚橋1215-1                         |
| 南伊勢町 | 子育て・福祉課 | 健康増進係  | 0599-66-1114 | 0599-66-1113 | 516-0194 | 度会郡南伊勢町五ヶ所浦3057                        |
| 大紀町  | 健康福祉課   | 健康づくり係 | 0598-86-2216 | 0598-86-3276 | 519-2703 | 度会郡大紀町滝原1610-1                         |

★予防接種についてのお問い合わせは、貴病(医)院所在地の市町ではなく、被接種者住所地市町へおたずね下さい。