

その他	<p>・見本の閲覧 <input type="checkbox"/>あり <input checked="" type="checkbox"/>なし</p> <p>・この仕様書に定めのない事項及び疑義を生じた場合は、別途協議するものとする。</p> <p>・特記事項(1、業務の都合で本案件で作成した予診票の増刷が必要になった場合、令和2年1月31日までの期間は、入札価格と同単価で印刷の発注を請け負うこと。その際の発注単位は、4枚を1部とし10部と表紙・裏表紙各1枚で天のり製本したものを200冊単位でおこなうものとする。 2、梱包は、10部のものは1×50冊ずつ、20部のものは1×20冊ずつとし包装に印刷物の名称、印刷部数納入期限を記載すること。)</p>		
契約方法	総価契約	支払方法	納入後、一括払い
連絡先	保健所健康づくり課 感染症対策係 新谷 電話046-822-4317		
希望事項	指定以外の物品については、できるだけ横須賀市グリーン購入基本方針及び調達方針による物品を使用してください(同方針については、本市のホームページ「よこすかのグリーン購入」参照)。		

高齢者インフルエンザ予防接種のご案内

高齢者（65歳以上の方など）インフルエンザ予防接種を希望される方は、この案内書をよく読んで理解したうえで予診票に記入し、診察を受けてください。接種費用は、お住まいの市町村により、異なりますので、ご注意ください。

1 接種期間

令和元年10月1日から令和2年1月31日まで

2 接種場所

「高齢者インフルエンザ予防接種協力医療機関名簿」を参考に確認のうえ接種を受けてください。

3 接種対象者

横須賀市内に住所があり、次のどちらかに該当し、接種を希望する方

- ① 接種日当日に65歳以上の方
- ② 60歳以上65歳未満の方で、心臓、腎臓（じんぞう）、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に障害のある方（これらの身体障害者手帳1級をお持ちの方が、それに準ずる方）

4 対象接種回数、接種費用

- ・1人、上記の接種期間中1回限り
- ・費用 2,000円（横須賀市に住所がある方）
接種後、協力医療機関窓口でご負担ください。

5 費用免除となる方

- ・生活保護受給者
- ・中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立支援に関する法律に基づく支援給付受給者

6 接種を受ける際に必要なもの

住所、氏名、年齢を確認できるもの（健康保険証など）を持って、インフルエンザ予診票とともに協力医療機関にご提出ください。

7 インフルエンザ予防接種の効果と接種時期、そして予防

インフルエンザワクチンは、その年の流行を予測して製造されます。インフルエンザワクチンは、感染を完全に防ぐことはできませんが、ウイルスが身体に侵入したときの発病防止や重症化防止に有効であることが確認されています。

接種時期については、ワクチン接種を受けてから身体の抗体ができてくるまで2週間程度を要することと、インフルエンザの流行が通常12月下旬から3月上旬が中心なので、12月中旬ころまでに接種することが望ましいでしょう。

インフルエンザの症状は、普通の風邪に比べて全身症状が強いのが特徴です。気管支炎や肺炎などを合併し重症になることが多いのも特徴です。インフルエンザは空気中に拡散されたウイルスによって感染しますから、人込みに行くときはマスクを着用し、手洗いとうがいを励行するようにしてください。また、十分な栄養と休息をとって体調を整え、室内の加湿に心がけましょう。

8 インフルエンザ予防接種を受けるにあたってのご注意

- (1) 高齢者インフルエンザ予防接種は定期的な予防接種ですが、個人の予防に比重をおき、受ける人の自由意思によるB類疾病に該当するもので、接種の義務は課されていません。
- (2) 一般的な注意
 - ① このご案内を読んで、わからないことや気になる点があったら、横須賀市保健所か協力医療機関で、接種を受ける前に聞いてください。
 - ② 前日は、入浴（シャワー）をして身体を清潔にしましょう。
 - ③ 接種当日は、体調に変わりがないか確認し、調子が悪いと思ったらやめる勇気を持ちましょう。
 - ④ 接種に出かけるときは、家族に一声かけましょう。
 - ⑤ 予診票は、接種する医師への大切な情報です。責任をもって記入してください。
- (3) 予防接種を受けることができない人
 - ① 明らかに発熱している人（一般的に体温が37.5℃以上の場合）
 - ② 重い急性疾患にかかっていることが明らかな人
 - ③ インフルエンザワクチンの接種液の成分によってアナフィラキシー（接種後30分以内に起こる重いアレルギー反応のこと）を起こしたことがある人
 - ④ その他、医師が接種不適合な状態であると判断したとき
- (4) 予防接種を受けるに際し、医師とよく相談しなければならない人
 - ① 心臓病、腎臓（じんぞう）病、肝臓病や血液その他の慢性的な病気で治療を受けている人
 - ② 風邪などのひきはじめと思われる人
 - ③ 以前にインフルエンザの予防接種を受けたときに、2日以内に発熱・発しん・じんましんなど、アレルギー症状と思われる異常がみられた人
 - ④ 薬の服用や注射などにより皮膚に発しんが出たり、身体に異常をきたしたことがある人
 - ⑤ 今までにひきつけを起こしたことがある人
 - ⑥ 今までに中耳炎や肺炎などによくかかり、免疫状態を検査して異常を指摘されたことがある人
 - ⑦ 今までに間質性肺炎、気管支喘息等と診断されたことがある人
 - ⑧ インフルエンザワクチンの成分または鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のものに対してアレルギーがあるとされた人
- (5) 予防接種を受けない場合

医師の説明を十分に聞いたうえで、ご本人が接種を希望しなかった場合、家族やかかりつけ医の協力を得てもご本人の意思の確認ができなかったため接種をしなかった場合、当日の体調等により接種をしなかった場合等において、その後、インフルエンザに罹患し、あるいは罹患したことによる重症化や死亡が発生しても、担当した医師にその責任を求めることはできません。

9 インフルエンザ予防接種の副反応

予防接種の後、まれに副反応が起こることがあります。また、予防接種と同時に他の病気がたまたま重なって起こることがあります。

予防接種の注射の部位が赤みを帯びたり、はれたり、痛んだりすることがありますが、通常2～3日のうちに治ります。また、わずかながら熱が出たり、頭痛、全身のだるさなどがみられることもあります。通常2～3日のうちに治ります。また、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、意識障害の症状が現れる等の報告がある他、非常にまれですが、ショックやじんましん、呼吸困難などが現れることがあります。接種後、症状が強く現れたら、医師の診察を受けてください。

なお、インフルエンザ予防接種を受けた方が疾病にかかり、障害を負い、または死亡した場合に、その疾病、障害または死亡が当該予防接種を受けたことによるものであると、公衆衛生審議会の意見を聴いて厚生労働大臣が認めた健康被害に対して予防接種法の健康被害救済制度が適用されます。

問合せ先： 横須賀市保健所健康づくり課 感染症対策係 （電話：046-822-4317）

高齢者インフルエンザ予防接種予診票

接種対象者:①65歳以上の者 ②60歳～65歳未満の者で、心臓、じん臓、呼吸器の機能の障害又は、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に1級相当の障害がある者

下記の太線のわく内に記入し、質問事項の回答欄は「○」で囲んでください。

住所	横須賀市	診察前の体温	度	分
氏名		電話番号		
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (満 歳)	医療機関記入欄		
		健康保険証等確認		<input type="checkbox"/>

自己負担免除申出者は、予診票に、横須賀市発行の関係書類を添えて医療機関にご提出ください。

自己負担免除関係書類の確認(添付)

障害の種類(60歳以上65歳未満の方で1級相当の障害をお持ちの場合、あてはまるものに○)

障害者手帳等の確認

心臓 ・ じん臓 ・ 呼吸器 ・ ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日の予防接種について、案内書を読みましたか。	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。	はい	いいえ	
病名()			
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。	はい	いいえ	
具合の悪い症状を書いてください。()			
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	
最近1か月以内に予防接種を受けましたか。	はい	いいえ	
予防接種の種類()			
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。	はい	いいえ	
病名()			
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もよいと言われましたか。	はい	いいえ	
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。	はい	いいえ	
病名()			
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

(印)

ワクチンメーカー名/ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日		
メーカー名		実施場所		
Lot No.		医師名		
(注)有効期限がきれていないか確認	ml	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、接種が可能と診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。また、接種に伴い、横須賀市が予診票に記載されている情報を収集することを了承します。

令和 年 月 日 被接種者氏名(自署)

代筆の場合、代筆者氏名 被接種者との関係()

(※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関係を記載)

高齢者インフルエンザ予防接種予診票

接種対象者:①65歳以上の者 ②60歳～65歳未満の者で、心臓、じん臓、呼吸器の機能の障害又は、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に1級相当の障害がある者

下記の太線のわく内に記入し、質問事項の回答欄は「○」で囲んでください。

住所	横須賀市	診察前の体温	度	分
氏名		電話番号		
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (満 歳)	医療機関記入欄		
		健康保険証等確認	<input type="checkbox"/>	

自己負担免除申出者は、予診票に、横須賀市発行の関係書類を添えて医療機関にご提出ください。

自己負担免除関係書類の確認(添付)

障害の種類(60歳以上65歳未満の方で1級相当の障害をお持ちの場合、あてはまるものに○)

障害者手帳等の確認

心臓 ・ じん臓 ・ 呼吸器 ・ ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日の予防接種について、案内書を読みましたか。	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。	はい	いいえ	
病名()			
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。	はい	いいえ	
具合の悪い症状を書いてください。()			
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	
最近1か月以内に予防接種を受けましたか。	はい	いいえ	
予防接種の種類()			
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。	はい	いいえ	
病名()			
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もよいと言われましたか。	はい	いいえ	
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。	はい	いいえ	
病名()			
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

印

ワクチンメーカー名/ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日		
メーカー名		実施場所		
Lot No.		医師名		
(注)有効期限がきれていないか確認	ml	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、接種が可能と診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。また、接種に伴い、横須賀市が予診票に記載されている情報を収集することを了承します。

令和 年 月 日 被接種者氏名(自署)

代筆の場合、代筆者氏名 被接種者との関係()

(※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関係を記載)

高齢者インフルエンザ予防接種済証

接種対象者: ①65歳以上の者 ②60歳～65歳未満の者で、心臓、じん臓、呼吸器の機能の障害又は、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に1級相当の障害がある者

住所	横須賀市	診察前の体温	度	分
氏名		電話番号		
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日 (満 歳)

予防接種を受けた後の一般的注意事項

- ① 予防接種を受けた後の30分間は、医師とすぐに連絡をとれるようにしておきましょう。
- ② 入浴は差し支えありません。入浴をする場合には注射した部位を強くこすことはやめましょう。
- ③ 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。
- ④ インフルエンザ予防接種の副反応の多くは24時間以内に出現しますので、この間は体調に注意し、強い副反応が現われたら医師の診断を受けましょう。

横須賀市長 から委託を受け実施しました

ワクチンメーカー名/ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
メーカー名		実施場所
Lot No.		医師名
(注)有効期限がきれていないか確認	ml	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、接種が可能と診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。また、接種に伴い、横須賀市が予診票に記載されている情報を収集することを了承します。

令和 年 月 日 被接種者氏名(自署)

代筆の場合、代筆者氏名 被接種者との関係()

(※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関係を記載)