

入所者様対象インフルエンザ予防接種について

例年実施しておりますインフルエンザ予防接種につきまして、今年度もケアピースにて実施する運びとなりました。**10月20日（月）より受付を開始いたします。**

65歳以上の高齢者や基礎疾患のある方などは、インフルエンザに感染すると重症化のリスクが高く、特に予防接種が推奨されています。予防接種の実施にご理解とご協力の程、よろしくお願い申し上げます。

インフルエンザ予防接種を希望される方は、同封の予診票に必要事項を記入の上、ケアピース相談室へ提出をお願いいたします。遠方の方、ご来所の都合がつかない方は、郵送での受付も可能です。

ケアピースによるインフルエンザ予防接種概要

【受付期間】 令和7年10月20日（月）～令和7年10月31日（金）

【受付担当】 介護老人保健施設 ケアピース 相談室

【実施場所】 介護老人保健施設 ケアピース

【接種回数】 1シーズンに1回

【自己負担金】 65歳以上の方

高崎市 1,500円

安中市 1,200円

※65歳未満の方、他の市町村の方、県外に住所のある方はケアピースへお問合せください。

【お支払い】 接種後にご利用料金と合わせて請求いたします。事前のお支払はありません。

【注意事項】

①高崎市に住所のある方は、高崎市より発送されました健康づくり券の中に

インフルエンザ受診券シールが入っています。

お申し込みの際は、同封の**予診票にシールを貼付**してください。

②予診票の下欄には**ご家族の同意署名が必要**となりますので、ご記入ください。

③申込期間中に受付されても、接種期間中に体調不良等利用者様の都合で接種できなかった場合は、市町村の公費負担が受けられないこともあります。その際は全額自己負担となります。予めご了承ください。

【郵送先】〒370-0871 高崎市上豊岡町1168-1

介護老人保健施設ケアピース 相談室 宛

受診券シールを添付してください。

生活保護	市区町村
受給()	
中国残留邦人	

高齢者インフルエンザ予防接種予診票

高崎市

※太枠の中を記入して下さい

〈受診券シール又は予防接種番号記入〉

65歳の誕生日から接種できます。

公費による接種は接種期間中1回のみです。

診察前の体温

度

分(医療機関で検温)

住所	高崎市	TEL	-
フリガナ氏名		男・女	
		生年月日	明大昭
		年	月
		(満)	歳

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は今年1回目ですか。	はい いいえ	
今日のインフルエンザの予防接種について説明書(裏面)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、今日の予防接種を受けても良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がありますか。	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がありますか。	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か月以内に予防接種を受けましたか。新型コロナワクチンとの間隔は2週間以上空いていますか。	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	

見本

必要事項・回答欄の記入をお願いします。

以上の問診及び診察の結果、今日() (可能・見合わせる) 制度について、説明した。

医師署名又は印

ワクチンロット番号

接種量

医療機関名・住所・医師名・接種年月日

「接種を希望します」に○をつけ

被接種者自署または代筆者氏名・続柄の記入をお願いします。

ワクチンロット番号	Lot No	0.5 ml	接種量	接種年月日	令和 年 月 日
(ロットシールの貼付でも可)					

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的とします。このことと理解の上、本予診票が高崎市に提出されることに同意します。
医師の診察・説明を受け、もしくは説明を読み予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性及び予防接種健康被害救済制度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)

(必須)

被接種者自署

代筆者氏名

続柄()

※ 自署できない者は被接種者の氏名を代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載 (例 妻、息子施設職員など)

裏面をご覧ください