

インフルエンザワクチン

いちぶひょうじょせい

一部費用助成のお知らせ

令和7年10月1日から令和8年1月31日まで

インフルエンザは、毎年12月～2月に流行します。38℃以上の発熱が急に現れ、肺炎等の合併症を引き起こして重症化することがあります。流行前に予防接種を受けることで重症化や合併症を予防します。

国内研究では、インフルエンザによる死亡を82%減らす効果があったとされています。

新型コロナウイルスとの同時接種が可能です。

費用助成対象者

- ① 接種当日に65歳以上の市民の方
- ② 接種当日に60歳～64歳の方のうち心臓・腎臓・呼吸器の機能、または、ヒト免疫不全ウイルス（HIV）による免疫機能により自己の日常生活が極度に制限される程度の障がいのある市民の方（身体障がい者手帳1級相当）

接種費用（助成対象者の自己負担）

1,500円

生活保護受給者、市民税非課税世帯の方は接種当日に確認書類を医療機関にご持参いただくと無料になります。

【確認書類（例）】保護決定通知書、生活保護適用証明書、生活保護法医療券、

介護保険負担限度額認定証、介護保険料決定通知書（保険料段階が1～4に限る）※など

※介護保険料決定通知書を紛失した場合は、裏面の各区間い合わせ先までご連絡ください。

助成回数

1回

一般的に1シーズンに1回の接種で効果があります。

インフルエンザ 65歳以上の方等

- ◎ この予防接種は自己負担がかかります。
 ただし、生活保護受給者及び市民税非課税世帯の方は無料です。
 (接種当日に確認できる書類をご持参ください。)
- ◎ 「インフルエンザ予防接種のお知らせ」をよく読みましょう。
- ◎ この副票は、この予防接種の証明となりますので、大切に保管してください。

※ 予防接種を見合わせた理由〔 〕



年 月 日

0.5ml

皮下

接種部位 (左・右) 上腕部

インフルエンザ予防接種 予診票

◎ 接種当日に太ワク内のみを、記入してください。(※印は記入しないでください。)

住 所	大阪市 区		
氏 名		男 ・ 女	電話 ()
生年月日	明治・大正・昭和 年	月	日生 (満 歳)



年 月 日

0.5ml

皮下

質 問 事 項	回答欄		医師の確認欄
1. 今日受けるインフルエンザ予防接種についての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. 今日、身体にぐあいの悪いところがありますか。 それはどんな状態ですか。()	はい	いいえ	
4. その他、最近1か月以内に病気にかかったりケガをしましたか。 病名() 時期() 頃)	はい	いいえ	
5. 現在、何か病気にかかっていますか。 病名() 治療(投薬など)を受けていますか。 その病気を診てもらっている主治医に今日の予防接種は受けてよいといわれましたか。	はい はい	いいえ いいえ	
6. 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() その病気を診てもらっている主治医に今日の予防接種は受けてよいといわれましたか。	はい はい	いいえ いいえ	
7. 免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
8. 薬や食べ物で皮ふに発疹やじんましんがでたり、身体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
9. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。	はい	いいえ	
10. ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。	はい	いいえ	
11. 以前にインフルエンザの予防接種を受けて身体のぐあいが悪くなったことがありますか。 インフルエンザ以外の予防接種を受けて身体のぐあいが悪くなったことがありますか。	はい はい	いいえ いいえ	
12. 1か月以内に何か予防接種を受けましたか。受けた予防接種の種類()	はい	いいえ	
13. その他、今日の予防接種について何か質問がありますか。 具体的に()	はい	いいえ	

※〔医師の記入欄〕

診察所見・その他特記事項

以上の予診(問診、検温、診察)の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせたほうがよい)と判断します。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をしました。

※ 体温測定 度 分

医師署名
又は
記名押印

※ 使用ワクチン名

※ Lot No.

※ 最終有効年月日

※ 接種部位(左・右)上腕部

※ 実施場所

※ 接種医師名

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。)

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目的、重篤な副反応の可能性などについて理解したうえで、接種を希望します。(※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載してください。)

被接種者署名

代筆者名

続柄

◎この予診票は、予防接種における安全性の確保を目的としています。提出いただきました予診票は、この目的以外には使用いたしません。