

接種日当日、ご来院時の注意事項です

- 1、ワクチンの種類・対象者により料金が異なりますので、ご自身でご確認ください。

当日のお支払いは現金のみとなります。

- 2、柏市小児助成制度・高齢者助成制度ご利用の方は予診票の種類をお間違いないようご記入ください。

専用の予診票がない場合は助成制度はご利用になれません。

全額自己負担でのお支払いとなります。

- 3、柏市小児助成制度・高齢者助成制度ご利用の方は接種者本人の住民票の住所が確認できない場合には助成制度はご利用になれず、全額自己負担でのお支払いとなります。

住民票の住所確認可能な物の例

- ・ マイナンバーカード
- ・ 子ども医療費助成受給券
- ・ ひとり親医療費助成受給券
- ・ 免許証
- ・ 国民健康保険資格確認書

※ご家族のものは無効です。

※住民票の住所の記載がされているものに限りです。

※手書きで記載されているものは無効です。



- 4、接種日当日は予診票のご記入がお済みの方からの受付になります。
記入間違いがある場合には受付の列に並び直しになりますので、予めご了承ください。
体温・保護者様・ご本人のサイン等、太枠の中をすべてご記入の上、お持ち下さい。

※摩擦で消えるペン（フリクションペン）や鉛筆で記入されたものは受付できません。

16歳未満の方は保護者様のサインのみのご記入をお願いします。

16歳以上の方は接種されるご本人様のサインのみご記入をお願いします。

※18歳未満の方は母子手帳が無いと接種できませんので必ずお持ち下さい。
母子手帳をお忘れの場合は予約時間のご変更または予約日のご変更をご案内させていただきます。

- 5、接種日当日は37.5℃以上の発熱がある方や風邪症状のある方は接種会場にお入りいただけません。
ご予約時間の1時間以内に必ず体温を測ってからお越し下さい。

接種日当日に保護者様以外が同伴される場合の対応について

- ・13歳未満の未成年者の予防接種実施にあたって、原則保護者様の同伴が必要となります。
やむを得ず保護者様以外の方が同伴される場合は保護者様の委任状が必要となります。

【接種当日の持ち物】

すべて記入済みの委任状、すべて記入済みの予診票、母子手帳

※記入漏れがある場合、母子手帳がない場合には接種できませんのでご注意ください。

接種日当日に保護者様が同伴できない場合の対応について

- ・13歳～15歳（中学生）までのやむを得ない事情がある方で保護者様の同伴ができない場合に限り、同意書により保護者様の同意が確認できれば、同伴者がいなくても接種を受けることが可能です。

【接種当日の持ち物】

すべて記入済みの同意書、すべて記入済みの予診票、母子手帳

※記入漏れがある場合、母子手帳がない場合には接種できませんのでご注意ください。

令和8年度 柏市（令和8年9月作成）

高齢者インフルエンザ 予防接種



この予防接種は、法律で義務付けられたものではありません。
ご本人の意思で接種を希望するかたのみ、この制度をご利用いただけます。

定期接種の対象者であることをご確認ください

☐ 柏市に住民登録がある

☐ 接種日時点で ① 満65歳以上 または

② 満60歳～64歳 で、日常生活を極度に制限される障害※がある



※ 心臓・腎臓・呼吸器の機能障害、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害（身体障害者手帳1級相当）

②に該当する場合は、身体障害者手帳の写しまたは医師の診断書を提出してください。

接種期間

令和8年10月1日（木）～令和9年1月31日（日）

自己負担額

1,500円（助成は1回限りです。医療機関へお支払いください。）

※ 生活保護受給者のかたは、必ず事前に生活支援課で「保護受給証明書」を受け取り、医療機関に提出へしてください。自己負担が免除されます。事前申請なく接種を受けた場合、接種費用の返還はありません。

※ 非課税世帯のかたの自己負担の免除はありません。

次の人はかかりつけの医師とよくご相談ください

- 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患等の基礎疾患を有する人
- 過去に予防接種を受けて、2日以内に発熱や全身性発疹等のアレルギーを疑う症状をがでた人
- 過去にけいれんを起こしたことがある人
- 過去に免疫不全の診断を受けた人、先天性免疫不全症の近親者がいる人
- 接種しようとする接種液の成分に対して、アレルギーを起こすおそれがある人
- 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患を有する人

裏面も必ずご確認ください

説明書（高齢者インフルエンザ予防接種）

インフルエンザワクチンの最も大きな効果は、「重症化」を予防することです。国内の研究によれば、65 歳以上の高齢者福祉施設に入所している高齢者については 34～55%の発病を阻止し、82%の死亡を阻止する効果があったとされています。（厚生労働省ホームページ「インフルエンザ Q&A」より）

■ 予防接種を受ける前に

予診票を記入し、わからないことや気がかりなことがあれば、医師や看護師等とよく相談してください。十分に納得できない場合には、予防接種を受けないでください。

■ 予防接種を受けることができない人

- 明らかな発熱を呈している人（体温が37.5℃以上の人）
- 重篤な急性疾患にかかっている人
- 予防接種の接種液の成分によって、ひどいアレルギー反応やショック状態を起こしたことが明らかな人
- その他、医師が予防接種を行うことが不適当な状態と判断した場合

■ 副反応

重大な副反応として、まれにショック、アナフィラキシー（じんましん、呼吸困難、血管浮腫等）があらわれることがあり、そのほとんどが接種後30分以内に生じます（まれに接種後4時間以内）。その他、ギラン・バレー症候群、けいれん、急性散在性脳脊髄炎（ADEM）、脳症、脊髄炎、視神経炎、肝機能障害、黄疸、喘息発作、急性汎発性発疹性膿疱症等があらわれたとの報告があります。その他、まれに接種直後から数日中に、発疹、じんましん、紅斑、掻痒等があらわれることがあります。発熱、悪寒、頭痛、倦怠感等を認めることがあります。通常2～3日中に消失します。また、接種部位の発赤、腫脹、疼痛等を認めることがあります。通常2～3日中に消失します。

■ 予防接種による健康被害救済制度について

予防接種では健康被害（病気になったり障害が残ったりすること）が起こることがあります。極めて稀ではあるものの、無くすことができないことから救済制度が設けられています。

インフルエンザの予防接種によって健康被害が生じた場合にも、予防接種法に基づく救済（医療費・障害年金等の給付）が受けられます。請求期限や入院相当に限る等の要件がありますので、申請については、柏市健康増進課にご相談ください。

■ 予防接種を受けた後の注意

- 予防接種を受けた後30分間は、急な副反応が起こることがありますので、医師（医療機関）とすぐ連絡がとれるようにしておきましょう。
- 通常の生活は問題ありませんが、当日の激しい運動や過度の飲酒等は控えましょう。
- 接種当日の入浴は差し支えありませんが、注射した部分はこすらないようにしてください。

問い合わせ先

柏市 健康増進課 予防接種係

TEL 04-7128-8166 FAX 04-7164-1263

高齢者インフルエンザ 予防接種 予診票

生活保護受給証明書の提出
があった場合は無料

対象年齢：65歳以上のかた
60歳以上65歳未満で、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り免疫の機能に障害を有するかた(身体障害者手帳1級相当)

柏市		受診日	西暦	年	月	日	診察前の体温	度	分
☒ チェック ☐ 私は接種日時点で柏市に住民票があります							電話番号		
住所	柏市								
ふりがな							生年月日	大正・昭和	
受ける人の氏名	(男・女)						年	月	日(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について市町村から配られている説明書を読みましたか	いいえ はい	
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	いいえ はい	
現在、何か病気にかかっていますか(高血圧など、定期的に薬を処方されている疾患も含む) 病名()	はい いいえ	
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	
治療(投薬など)を受けていますか 【上記質問に“はい”と回答した場合】 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 いいえ はい	
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	
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 病名(診断名)()	はい いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか 最後のけいれんは()歳頃	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	
薬や食べ物、特にニワトリの卵で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 ()歳頃 薬品・食品名() 症状()	はい いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種を受けた日と種類(月 日)	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 ①その際に具合が悪くなったことはありますか ②インフルエンザ以外の予防接種を受けた際に具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類()	いいえ はい はい いいえ はい いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか 質問()	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 実施できる・見合わせる(理由:) 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。	医師の自筆署名又は記名押印
-------	--	---------------

本人記入欄	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下さい。)	
	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	
	(希望します・希望しません) ※どちらかに○	
	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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。	
	接種を受ける者(被接種者)の自筆署名※	①
代筆者氏名及び被接種者との続柄※	② (続柄)	
代筆理由※	☐ 手が不自由なため ☐ 目が見えづらいため ☐ 認知症のため(本人の希望あり) ☐ その他()	
(※) 被接種者が自署できない場合は、代筆者が被接種者氏名①を記入し、さらに代筆者の氏名及び被接種者との続柄②を記入する。 また、代筆理由の該当するものにチェックをつける。被接種者が希望しない場合は、定期接種の対象外となります。		

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	皮下接種 0.5 mL	実施場所:
Lot No.		医師名:
有効期限	年 月 日	接種年月日: 西暦 年 月 日