

会員医療機関 御中

公益社団法人 宮崎県医師会
会長 河野 雅行
(公印省略)

令和元年度高齢者等への広域インフルエンザ定期予防接種における諸連絡
について (通知)

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、高齢者等への広域インフルエンザ定期予防接種については、本年度も引き続き
県内全市町村と契約を締結し実施したいと思っておりますので、対象者に対する予防接種が円
滑に実施されますよう御協力をお願いいたします。

つきましては、下記の諸連絡に合わせ、関係書類をお送りしますので、よろしくお願
いいたします。

記

1 広域予防接種

県医師会会員が開設し、又は管理する医療機関において、当該医療機関に属する医師に
より、個別接種で実施するものとする。

現在、各市町村で行われている実施体制（郡市医師会単位による準広域化を含む）につ
いては存続し、その上で宮崎県内に住民票のある者で、かかりつけ医が居住地以外の市町
村にいる場合、あるいはやむを得ない事情により接種機会を逃した者が居住地以外の市町
村の医療機関において予防接種（個別接種に限る）を希望する場合に行うこととする。

(1) 広域の例

- ①日南市の住民が宮崎市の医療機関で接種を希望→県医師会へ請求
- ②小林市の住民が都城市の医療機関で接種を希望→県医師会へ請求

(2) 準広域の例

- ①国富町の住民が宮崎市の医療機関で接種を希望→宮崎市郡医師会へ請求
- ②三股町の住民が都城市の医療機関で接種を希望→都城市北諸県郡医師会へ請求

2 対象者

定期インフルエンザ予防接種対象者^(※)で、住民票がある市町村以外において予防接種を希
望する者。ただし、郡市医師会単位による準広域化の対象者を除きます。

※65歳以上の者、及び60歳以上65歳未満であって、心臓、腎臓また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害を有する者。

3 実施期間

別表の当該市町村の実施期間中

※市町村により期間が異なりますのでご注意ください。

4 委託料（県医師会への請求額）

別表の当該市町村の委託料の欄

※接種料金は県内全市町村統一で4,344円（自己負担額含む）ですが、市町村により被接種者の自己負担額が異なるため委託料が異なります。また、予診のみの委託料も市町村により異なりますのでご注意ください。

（例）宮崎市の一般の請求額：3,144円

5 被接種者自己負担額

別表の当該市町村の提示額（被接種者自己負担額の欄）

6 説明書・予診票

同封の説明書及び予診票をコピーのうえ使用いただくか、行政配付のものに「広域用」と書き込み使用いただいても結構です。

7 委託料の請求及び支払い

各医療機関は、それぞれ所定の請求書（市町村毎）に予診票を添え、ひと月分をまとめて翌月7日までに県医師会経理課に提出してください。県医師会は、翌々月末までに医療機関の指定口座に振り込みます。

8 その他注意事項

- (1) 「請求書」は県下統一様式です。右上に市町村名を記入の上、市町村ごとにご請求ください。また、請求金額の内訳も必ずご記入ください。
- (2) 生活保護受給者については、予診票に生活保護受給者番号を必ず記入してください。
- (3) 60～64歳の者については、必ず証明書（身体障害者手帳の写し等）を添付してください。
- (4) 年齢計算違いや生年月日等の記入漏れが多数あります。必ずご確認をお願いします。
- (5) 期日を過ぎた請求については、お支払いできない場合があります。

9 同封書類

- (1) 別表 令和元年度委託料一覧
- (2) 説明書及びインフルエンザ予防接種済証明書
- (3) 予診票
- (4) 請求書

※各種様式は、宮崎県医師会ホームページ（<http://www.miyazaki.med.or.jp/>）からもダウンロードできます。（ホーム＞医師の皆さまへ＞様式・掲示物ダウンロード）

10 請求先

〒880-0023 宮崎市和知川原1丁目101 TEL 0985-22-5118 FAX 0985-27-6550
公益社団法人宮崎県医師会 経理課 行（担当：経理課 堀之内）

(別表)

令和元年度(広域)インフルエンザ予防接種委託料一覧

◆広域予防接種料金4,344円◆

(単位:円)

| 市町村名 | 委託料(県医師会への請求額) | | | 被接種者 自己負担額 | 実施期間 | 担当課 | 電話番号 |
|------|----------------|-------|-------|---------------|----------------------|----------|--------------|
| | 一般 | 生活保護 | 予診のみ | | | | |
| 宮崎市 | 3,144 | 4,344 | 2,223 | 1,200 | 令和元年10月1日～令和元年12月31日 | 健康支援課 | 0985-29-5286 |
| 都城市 | 2,944 | 4,344 | 2,223 | 1,400 | 令和元年10月1日～令和元年12月31日 | 健康課 | 0986-23-2765 |
| 延岡市 | 2,844 | 4,344 | 2,223 | 1,500 | 令和元年10月1日～令和元年12月31日 | 健康増進課 | 0982-22-7014 |
| 日南市 | 2,944 | 4,344 | 2,223 | 1,400 | 令和元年10月1日～令和2年1月31日 | 健康増進課 | 0987-31-1129 |
| 小林市 | 2,844 | 4,344 | 2,223 | 1,500 | 令和元年10月1日～令和元年12月31日 | 健康推進課 | 0984-23-0323 |
| 日向市 | 2,844 | 4,344 | 2,223 | 1,500 | 令和元年10月1日～令和元年12月21日 | いきいき健康課 | 0982-66-1024 |
| 串間市 | 2,944 | 4,344 | 2,223 | 1,400 | 令和元年10月1日～令和2年1月31日 | 医療介護課 | 0987-72-0333 |
| 西都市 | 3,144 | 4,344 | 2,223 | 1,200 | 令和元年10月1日～令和2年1月31日 | 健康管理課 | 0983-43-1146 |
| えびの市 | 2,844 | 4,344 | 2,223 | 1,500 | 令和元年10月1日～令和元年12月31日 | 健康保険課 | 0984-35-1116 |
| 三股町 | 2,944 | 4,344 | 2,223 | 1,400 | 令和元年10月1日～令和元年12月31日 | 町民保健課 | 0986-52-8481 |
| 高原町 | 2,844 | 4,344 | 2,223 | 1,500 | 令和元年10月1日～令和元年12月31日 | ほほえみ館 | 0984-42-4820 |
| 国富町 | 3,144 | 4,344 | 2,223 | 1,200 | 令和元年10月1日～令和元年12月31日 | 保健介護課 | 0985-75-3553 |
| 綾町 | 3,144 | 4,344 | 2,223 | 1,200 | 令和元年10月1日～令和元年12月31日 | 福祉保健課 | 0985-77-0195 |
| 高鍋町 | 3,344 | 4,344 | 2,223 | 1,000 | 令和元年10月1日～令和2年1月31日 | 健康保険課 | 0983-23-2323 |
| 新富町 | 3,087 | 4,344 | 2,223 | 1,257 | 令和元年10月1日～令和2年1月31日 | いきいき健康課 | 0983-33-6059 |
| 西米良村 | 3,344 | 4,344 | 2,223 | 1,000 | 令和元年10月1日～令和2年3月31日 | 福祉健康課 | 0983-36-1114 |
| 木城町 | 3,274 | 4,344 | 2,223 | 1,070 | 令和元年10月1日～令和2年1月31日 | 福祉保健課 | 0983-32-4010 |
| 川南町 | 3,087 | 4,344 | 2,223 | 1,257 | 令和元年10月1日～令和2年1月31日 | 町民健康課 | 0983-27-8009 |
| 都農町 | 3,087 | 4,344 | 2,223 | 1,257 | 令和元年10月1日～令和元年12月31日 | 健康管理センター | 0983-25-1008 |
| 門川町 | 2,844 | 4,344 | 2,223 | 1,500 | 令和元年10月1日～令和元年12月21日 | 町民課 | 0982-63-1140 |
| 諸塚村 | 3,144 | 4,344 | 2,223 | 1,200 | 令和元年10月1日～令和元年12月27日 | 住民福祉課 | 0982-65-1119 |
| 椎葉村 | 3,344 | 4,344 | 2,223 | 1,000 | 令和元年10月1日～令和元年12月21日 | 福祉保健課 | 0982-68-7510 |
| 美郷町 | 3,344 | 4,344 | 2,223 | 1,000 | 令和元年10月1日～令和元年12月21日 | 健康福祉課 | 0982-66-3610 |
| 高千穂町 | 2,344 | 4,344 | 2,223 | 2,000 | 令和元年10月1日～令和2年3月31日 | 保健福祉センター | 0982-73-1717 |
| 日之影町 | 2,344 | 4,344 | 2,223 | 2,000 | 令和元年10月1日～令和2年1月31日 | 保健センター | 0982-73-7521 |
| 五ヶ瀬町 | 1,600 | 4,344 | 2,223 | 2,744 | 令和元年10月1日～令和2年1月31日 | 福祉課 | 0982-82-1702 |

圏域外(広域)の高齢者等インフルエンザ予防接種について (説明書及びインフルエンザ予防接種済証明書)

現在、インフルエンザ予防接種による副反応はあまりみられません、少しでもこれを防ぐためには、予防接種を実施するにあたって、受けられる人の健康状態をよく把握する必要があります。そのため、予診票は接種をする医師への大切な情報です。接種を受ける人が責任を持って出来るだけ詳しくご記入ください。

【 接種対象者 】

法律で決められたインフルエンザの予防接種の対象者は、接種日に以下の条件にあてはまり、**本人が接種を希望する者**

- 1 65歳以上の者
- 2 60歳以上65歳未満であって、心臓、腎臓また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の生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

【 予防接種を受けることができない人 】

- 1 接種当日、明らかな発熱を呈している者(37.5℃以上)
- 2 重篤な急性疾患にかかっている者
- 3 予防接種の接種液の成分によって、アナフィラキシーを呈したことがあることが明らかな者
- 4 インフルエンザの定期接種で、接種後2日以内に発熱及び全身性のアレルギーを疑う症状を呈したことがある者
- 5 その他、予防接種を行うことが不適当な状態にある者

【 予防接種を受けるに際し、医師とよく相談しなくてはならない人 】

- 1 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ことが明らかな者
- 2 過去にけいれんの既往のある者
- 3 過去に免疫不全の診断がされている者及び近親者に先天性免疫不全症の者がいる者
- 4 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患を有する者
- 5 インフルエンザワクチンの成分又は鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来の物に対して、アレルギーを呈するおそれのある者

【 予防接種を受けた後の注意事項 】

- 1 予防接種を受けた後30分間くらいは、医師(医療機関)とすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。
急な副反応(ショックや蕁麻疹、呼吸困難等)が、この間に起こることがあります。その他の反応としてワクチンを接種した場所の発赤・腫れ・痛み等を起こすことがあり、また、発熱や頭痛、寒気、体のだるさ等もみられることもあります。2～3日で消失します。
極めてまれに脳炎や神経障害などの重い副反応が生じた場合、厚生労働大臣が予防接種法に基づく定期の予防接種によるものと認定したときは、予防接種法に基づく健康被害救済の給付の対象となります。
- 2 接種部位は清潔に保ちましょう。入浴は差し支えありませんが、接種部位を強くこすはやめましょう。
- 3 接種当日は、いつも通りの生活をしてかまいませんが、激しい運動は避けましょう。
- 4 接種後、接種部位の異常な反応や体調の変化があった場合は、速やかに医師の診察を受けましょう。

圏域外(広域)の高齢者等インフルエンザ予防接種済証明書

インフルエンザ予防接種を下記のとおり実施したことを証します。

| | |
|-----------------|------------------------------------|
| 被接種者 | 氏名: |
| | 生年月日: 年 月 日生 |
| 接種年月日 | 年 月 日 |
| 製薬会社名 | |
| ワクチン Lot No. | |
| 接種量 | 0.5ml |
| 実施医療機関名 | |

※県内の各医療機関様へお願い
します。
圏域外(広域)の高齢者等のイン
フルエンザ予防接種を受けられ
た方には、左記の予防接種済証明
書の交付をお願いします。

※高齢者等インフルエンザ予防接種の対象者のみにご使用ください。

圏域外（広域）の高齢者等インフルエンザ予防接種予診票

| 診察前の体温 | 度 分 | 対象者区分 | 1. 65歳以上 2. 60~64歳 | 生活保護 ケース番号 | |
|--|-----|-------------|-----------------------|-------------------|---------|
| 住所 (住民登録地) | 〒 | | | 電話 | |
| (フリガナ) | | 男 ・ 女 | 生年月日 | 明治・大正・昭和 年 月 日 | 日生 歳 |
| 氏名 | | | | | |
| 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 ●病名 () | | | | いいえ はい | |
| ・治療（投薬など）を受けていますか。 | | | | いいえ はい | |
| ・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。 | | | | 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 () | | | | いいえ はい | |
| 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。 | | | | いいえ はい | |
| ニワトリの肉や卵にアレルギーがありますか。 | | | | いいえ はい | |
| インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 | | | | いいえ はい | |
| ①その際に具合が悪くなったことはありますか。 | | | | いいえ はい | |
| 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。 | | | | いいえ はい | |
| ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。 | | | | いいえ はい | |
| 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 | | | | いいえ はい | |
| ●予防接種の種類 () | | | | いいえ はい | |
| 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。 | | | | いいえ はい | |
| ●病名 () | | | | いいえ はい | |
| ・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 | |
| 最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 | | | | いいえ はい | |
| ●病名 () | | | | いいえ はい | |
| 今日の予防接種について質問がありますか。 | | | | いいえ はい | |

◎ 太枠内を黒ボールペンではっきりとお書きください。

| 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）[見合わせた理由：] | |
| 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しました。 | |
| 医師の署名または記名押印 [] | |

| ワクチンロット番号 | 実施場所・医師名・接種年月日 |
|------------------|-----------------|
| メーカー名 Lot No. | 実施場所： 医師名： |
| 接種量 0.5mL | 接種年月日： 令和 年 月 日 |

(注) 有効期限が切れていないか確認

| 高齢者等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。 (希望します・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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。 | |
| 被接種者署名 [] | |
| 代筆者署名 [続柄 ()] | |

(※自署できない場合、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)

インフルエンザ用

市町村名

令和元年度用

請求書

※翌月7日までに提出

令和 年 月分の広域インフルエンザ予防接種委託料として請求します。
記

| | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 金額 | 拾 | 万 | 千 | 百 | 拾 | 円 |
| | | | | | | |

【内訳】

一般（被接種者） 円 × 名

生活保護（被接種者） 円 × 名

予診のみ 円 × 名

令和 年 月 日

宮崎県医師会長 河野 雅行 様

住所

名称

代表者

印

| | | | |
|------|-------|----|----|
| 振込口座 | 金融機関名 | 銀行 | 支店 |
| | 預金種類 | 普通 | 当座 |
| | 口座番号 | | |
| | フリガナ | | |
| | 口座名義 | | |

※ 口座名義はフリガナを含めて正確にご記入ください。

※ 予診票を添えて、ひと月分をまとめて翌月7日までに県医師会経理課まで提出してください。また、請求書は市町村ごとにご提出ください。

※ 送金通知は省略させていただきますので、請求金額等をお控えください。