

小児用インフルエンザ予防接種予診票

市役所請求用

* 太ワクの中を記入ください。

診察前の体温	度	分	接種区分	☐ 1 回目	☐ 2 回目（1 回目の接種日	令和	年	月	日）
--------	---	---	------	-------------------------------	--	----	---	---	----

住 所	南相馬市				
ふ り が な		性 別	TEL		
受ける人の氏名		男 ・ 女	生年月日	☐ 平成	年 月 日
保護者の氏名				☐ 令和	（満 歳 カ月）

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裏面の説明書を読み理解しましたか	は い	いいえ	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重（ ）g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか	あ っ た あ っ た あ る	な かつ た な かつ た な い	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり、医師の治療（投薬など）を受けていますか。 病名（ ） その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	は い は い	いいえ いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください（ ）	は い	いいえ	
最近1ヵ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名（ ）	は い	いいえ	
最近1ヵ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類（ ）	は い	いいえ	
最近1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか 病 名（ ）	は い	いいえ	
新型インフルエンザ又は季節性インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか その際に具合が悪くなったことはありますか	は い は い	いいえ いいえ	
これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類（ ）	は い	いいえ	
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	
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	
ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか（ ）歳頃 そのときに熱がでましたか。	は い は い	いいえ いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	は い	いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	は い	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	は い	いいえ	
（中学生以上の女性のみ）現在妊娠している、又は妊娠している可能性はありますか	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 ）
保護者または本人に対して、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、説明をした。
医師署名又は記名押印

1. 保護者が同伴する場合はこちら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・目的、接種するワクチンの有益生、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、接種を（ 接種を希望します ・ 接種を希望しません ）
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、本予診票に同意します。

令和 年 月 日 署 名

2. 中学生のお子さんで保護者が同伴しない場合はこちらに記入ください。（保護者の同意と署名がなければ予防接種は受けられません。）

上記の質問事項に対し、保護者が記入された回答とともに、医師が問診や診察を行い、予防接種可能であると判断した場合、予防接種することに（ 同意します ・ 同意しません ）
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、本予診票に同意します。

令和 年 月 日 署 名

小児用インフルエンザワクチン予防接種費用助成申請及び代理受領同意書

私は、小児用インフルエンザワクチン予防接種費用に係る助成金の交付を申請致します。なお、助成金の受領は、予防接種を実施した医療機関が代理受領することに同意するとともに、併せてこの問診票が南相馬市に提出されることに同意します。

※助成金の交付を申請し、代理受領に同意する場合に記入してください。

令和 年 月 日

署名（保護者）

（※自署できない方の場合代理者が署名し、次の項目を記入してください。）

代筆者の住所、氏名：

代筆者からみた本人との続柄：

代筆者の電話番号：（ ）

ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
インフルエンザH Aワクチン Lot No	皮下接種 ☐ 0.5mL（3歳以上） ☐ 0.25mL（6ヵ月以上3歳未満） その他 ☐ （ ）	実施場所 医師名
フルミスト点鼻液 Lot No	点鼻（各鼻腔 0.1mL噴霧） ☐ 0.2mL	接種年月日 令和 年 月 日 時 分

対象者

生後6ヵ月から中学3年生まで

※予診票に保護者の署名がないと予防接種は受けられません。

小児用インフルエンザ予防接種予診票

医療機関保存用

* 太ワクの中を記入ください。

診察前の体温	度	分	接種区分	☐ 1 回目	☐ 2 回目（1 回目の接種日	令和	年	月	日）
--------	---	---	------	-------------------------------	--	----	---	---	----

住 所	南相馬市				
ふ り が な		性 別	TEL		
受ける人の氏名		男・女	生年月日	☐ 平成	年 月 日
保護者の氏名				☐ 令和	（満 歳 カ月）

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裏面の説明書を読み理解しましたか	は い	いいえ	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重（ ）g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか	あ っ た あ っ た あ る	な かつ た な かつ た な い	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり、医師の治療（投薬など）を受けていますか。 病名（ ） その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	は い は い	いいえ いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください（ ）	は い	いいえ	
最近1ヵ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名（ ）	は い	いいえ	
最近1ヵ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類（ ）	は い	いいえ	
最近1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか 病 名（ ）	は い	いいえ	
新型インフルエンザ又は季節性インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか その際に具合が悪くなったことはありますか	は い は い	いいえ いいえ	
これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類（ ）	は い	いいえ	
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	
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	
ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか（ ）歳頃 そのときに熱がでましたか。	は い は い	いいえ いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	は い	いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	は い	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	は い	いいえ	
（中学生以上の女性のみ）現在妊娠している、又は妊娠している可能性はありますか	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 ）
保護者または本人に対して、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、説明をした。

医師署名又は記名押印

1. 保護者が同伴する場合はこちら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・目的、接種するワクチンの有益生、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、接種を（ 接種を希望します ・ 接種を希望しません ）

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、本予診票に同意します。

令和 年 月 日 署名

2. 中学生のお子さんで保護者が同伴しない場合はこちらに記入ください。（保護者の同意と署名がなければ予防接種は受けられません。）

上記の質問事項に対し、保護者が記入された回答とともに、医師が問診や診察を行い、予防接種可能であると判断した場合、

予防接種することに（ 同意します ・ 同意しません ）

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、本予診票に同意します。

令和 年 月 日 署名

小児用インフルエンザワクチン予防接種費用助成申請及び代理受領同意書

私は、小児用インフルエンザワクチン予防接種費用に係る助成金の交付を申請致します。なお、助成金の受領は、予防接種を実施した医療機関が代理受領することに同意するとともに、併せてこの問診票が南相馬市に提出されることに同意します。

※助成金の交付を申請し、代理受領に同意する場合に記入してください。

令和 年 月 日

署名（保護者）

（※自署できない方の場合代理者が署名し、次の項目を記入してください。）

代筆者の住所、氏名：

代筆者からみた本人との続柄：

代筆者の電話番号：（ ）

ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
インフルエンザH Aワクチン Lot No	皮下接種 ☐ 0.5mL（3歳以上） ☐ 0.25mL（6ヵ月以上3歳未満） その他 ☐ （ ）	実施場所 医師名
フルミスト点鼻液 Lot No	点鼻（各鼻腔 0.1mL 噴霧） ☐ 0.2mL	接種年月日 令和 年 月 日 時 分

対象者 生後6ヵ月から中学3年生まで ※予診票に保護者の署名がないと予防接種は受けられません。

小児用インフルエンザ予防接種済証

接種区分 ☐1回目 ☐2回目（1回目の接種日 令和 年 月 日）

住 所 南相馬市

性 別

受ける人の氏名

男・女

生年月日 ☐平成 年 月 日
☐令和 （満 歳 カ月）

下記のとおり小児用インフルエンザ予防接種を行ったことを証明する。

令和 年 月 日

医療機関所在地

医 療 機 関 名

印

小児用インフルエンザワクチン予防接種費用助成申請及び代理受領同意書

私は、小児用インフルエンザワクチン予防接種費用に係る助成金の交付を申請致します。なお、助成金の受領は、予防接種を実施した医療機関が代理受領することに同意するとともに、併せてこの問診票が南相馬市に提出されることに同意します。

※助成金の交付を申請し、代理受領に同意する場合に記入してください。

令和 年 月 日

署名（保護者）

（※自署できない方の場合は代理者が署名し、次の項目を記入してください。）

代筆者の住所、氏名：

代筆者からみた本人との続柄：

代筆者の電話番号： （ ）

ワクチンロット番号	接 種 量	実 施 場 所 ・ 医 師 名 ・ 接 種 年 月 日
インフルエンザH A ワクチン Lot No.	皮下接種 ☐ 0.5mL（3歳以上） ☐ 0.25mL（6ヵ月以上3歳未満） その他 ☐ （ ）	実施場所 医師名
フルミスト点鼻液 Lot No.	点鼻（各鼻腔0.1mL噴霧） ☐ 0.2mL	接種年月日 令和 年 月 日 時 分

小児用インフルエンザ予防接種説明書

インフルエンザの予防接種を実施するにあたって、受けられる方の健康状態をよく把握する必要があります。そのため、表面の予診票にできるだけ詳しくご記入ください。

また、気にかかることや分からないことがあれば、担当の医師や看護師、市の担当課に質問しましょう。

また、インフルエンザ予防接種はあくまでも保護者の意思に基づいて接種を受けるため、医師の説明と保護者の同意（インフォームドコンセント）がない場合、医師は接種を行いません。

【インフルエンザ予防接種の有効性及び副反応】

予防接種により、発病予防や重症化予防に有効であることが確認されています。

一方副反応では注射部位が、赤くなる、腫れる、痛くなることがありますが通常2～3日で消失します。発熱、頭痛、寒気、倦怠感などもまれに起こります。非常にまれですが、ショックやじんましん、呼吸困難などがあらわれることがあります。

【予防接種を受けることができない人】

1. 明らかに発熱のある人（一般的に、体温が37.5℃以上の場合を指します。）
 2. 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
 3. 本剤の成分または卵等によって、アナフィラキシーショックを起こしたことが明らかな人
 4. 以前にインフルエンザの予防接種を受けたとき、2日以内に発熱、発疹（はっしん）、じんましんなどアレルギーと思われる異常がみられた人
 5. その他、予防接種を行うことが不適当な状態にある人
- ※1～4以外でも、医師が接種不適当と判断した時は接種できません。

【予防接種を受けるに際し、担当医師とよく相談しなくてはならない人】

1. 心臓病、じん臓病、肝臓病や血液、その他慢性の病気で治療を受けている人
2. 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もの
3. 今までにけいれんを起こしたことがある人
4. 気管支喘息及びインフルエンザ予防接種の成分又は鶏卵、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いわれたことがある人

【予防接種を受けた後の一般的注意事項】

1. インフルエンザワクチンの副反応の多くは24時間以内に出現しますので、特にこの間は体調に注意しましょう。特に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。
2. 入浴は差し支えありませんが、接種してから1時間を経過してからにしましょう。
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。

○健康被害救済制度について

小児用インフルエンザ予防接種は、行政措置における法定外予防接種ですが、健康被害が起きたときには、南相馬市の予防接種事故災害補償規程に基づき対処いたします。