

恵那市インフルエンザ予防接種予診票(子ども)【 1回目・2回目 】

今年度インフルエンザ予防接種が2回目の場合、1回目に接種した医療機関と(同じ ・ 異なる)
医療機関名()

助成期間 令和8年10月1日(木)～令和9年1月31日(日)まで

診察前の体温

℃

住 所	恵那市		TEL	
受ける人の氏名	ふりがな	男・女	生年	年 月 日生
保護者の氏名			月 日	(満 歳 か月)

質問事項(保護者記入欄)	回 答 欄 (保護者記入欄)		医師記入欄
今回が今シーズン(10月以降)初めてのインフルエンザ予防接種ですか。	は い	いいえ	
1回目の接種年月日(年 月 日)			
今日の予防接種について本紙裏面や市から配られている説明書を読みましたか。	は い	いいえ	
あなたのお子さんの発育状況についてお尋ねします。			
出生体重()g 分娩時に異常がありましたか。	いいえ	はい	
出生時に異常がありましたか。	いいえ	はい	
乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか。	いいえ	はい	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液疾患、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。	いいえ	はい	
病名()			
その病気に対して主治医には、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	は い	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	いいえ	は い	
具合の悪い症状を書いてください。()			
最近、1か月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか。	いいえ	は い	
病名() かかった日(年 月 日)			
1か月以内に、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感染症の人がいましたか。 病名()	いいえ	は い	
1か月以内に予防接種を受けましたか。	いいえ	は い	
予防接種の名前() 接種日(年 月 日)			
ひきつけ(けいれん)を、おこしたことがありますか。(年 月)頃	いいえ	は い	
そのときに、熱がでましたか。	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	
発疹やじんましんが出たもの() (歳 か月)頃			
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。	いいえ	は い	
今までに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	
これまでに、予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。	いいえ	は い	
予防接種の名前() 接種日(年 月 日)			
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか。	いいえ	は い	
6か月以内に、輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか。	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	
(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。	いいえ	は い	
医師記入欄	医師の署名又は記名押印		
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)と判断します。保護者に対して、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。			

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応の可能性、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)

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。上記の対象者に該当し、記載事項に相違ありません。以上を理解した上で、本予診票及び接種情報が市に提出されることに同意します。

同伴者自署 (続柄)

使用ワクチン名・ロット番号	接 種 量※	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	ml	実施場所
Lot番号		医師名
(注意)有効期限が切れていないか要確認		接種年月日

※経鼻ワクチンの場合、接種量は0.2ml(左右各鼻腔内に0.1mlを噴霧) 対象年齢:2歳～18歳 接種回数:1回

インフルエンザを接種される方へ

～必ずお読みになり必要性や副反応について理解した上で接種してください～

※経鼻ワクチンに関する「接種後の注意点・副反応」等は、別紙「インフルエンザ予防接種後の注意（経鼻ワクチン）」をご覧ください。

1. インフルエンザワクチンについて

- ① インフルエンザの重症化防止に一定の効果はありますが、完全に感染や発症を防ぐものではありません。
- ② 予防接種を受けてから、2週間くらいで抵抗力がつきはじめ、約5ヶ月間持続します。
- ③ インフルエンザ予防接種は、法律による努力義務はなく、予防接種の効果や副反応などについて十分に理解していただいたうえで、ご本人の希望によって接種します。

2. 予防接種を受けられない方

- ① 明らかに発熱がある（通常 37.5℃以上）
 - ② 重篤な急性の病気にかかっている
 - ③ 以前、予防接種後、アナフィラキシーショック（※）を起こしたことがある
- ※アナフィラキシーショック：呼吸困難や血圧低下、全身にじんましんが現れるなどの重いアレルギー症状

3. 予防接種を受ける際に医師との相談が必要な方

- ① 心臓疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障害などの基礎疾患がある
- ② 予防接種後2日以内に発熱及びアレルギーを疑う症状を起こしたことがある
- ③ 今までにひきつけ（けいれん）をおこしたことがある
- ④ インフルエンザワクチンの成分に対してアレルギーを呈するおそれがある
- ⑤ 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
- ⑥ 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患を有する

4. 予防接種健康被害救済制度について

任意予防接種によって、健康被害が生じた場合の救済については、健康被害を受けた人または家族が、独立行政法人医薬品医療機器総合機構に基づいて手続きを行うことになります。詳しくは、独立行政法人医薬品医療機器総合機構のホームページ等をご覧ください。健康推進課へご連絡ください。

5. 予防接種を受けた後に

- ① 接種後30分～4時間は、急な副反応が起こることがあります。医療機関と連絡をとれるようにしておきましょう。
 - ② 高熱など体調に変化が現れたときは、速やかに医師の診察を受けてください。
 - ③ 入浴は差し支えありませんが、注射部位をこすったりもんだりしないでください。
 - ④ 接種後24時間は激しい運動は避けましょう。
- ※①で医師の診察を受けた場合は、恵那市へご連絡ください。

○16歳未満の方は保護者同伴でないと接種できません。やむを得ない理由により保護者が同伴できない場合は、お子さんの健康状態を普段からよく知っている親族（祖父母等）が同伴し、予防接種を受けることが可能です。その場合は、保護者の委任状が必要になります。委任状はホームページからもダウンロードできます。