古河市　小児用インフルエンザ予防接種予診票（１・２回目）　○をつける

前回接種日 令和　　年　　月　　日（2回目の場合は記入してください）	診察前の体温	度　　分

住　所	古河市		電話	
ふりがな		男 女	生年月日	令和□□年□□月□□日
受ける人の氏名				（満　　歳　　か月） ※生後6か月～高校3年生相当年齢
保護者氏名				

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裏面の説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
1か月以内に受けた予防接種はありますか　ある場合、種類と接種日はいつですか 予防接種の種類　[　　(／)]　[　　(／)]　[　　(／)]	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	なかった なかった ない	
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（　　）	はい	いいえ	
1か月以内に家族や遊び仲間に麻しん、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	
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の際に具合が悪くなったことはありますか。	はい はい はい	いいえ いいえ いいえ	
薬や食品（特に鶏肉・鶏卵など）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	
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	
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	
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。　（　　歳　　か月頃）	はい	いいえ	
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	
今日の予防接種について質問がありますか。	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　）と判断します。 保護者（又は13歳以上で保護者同伴ではない本人）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。	医師署名 又は 記名押印	
			㊞

ワクチンロット番号	接 種 量	実施場所・医師名・接種年月日
シール貼付位置 Lot No. ※　枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください。 （注）有効期限が切れていないか要確認	（ 皮 下 ） 3歳未満 0.25ml 3歳以上　0.5ml	実施場所（医療機関） 医師名 接種年月日　令和□□年□□月□□日

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、本予診票が市町に提出されることに同意します。

令和　　年　　月　　日　　保護者（本人）自署 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※予防接種に係る助成の要件に該当しないことが判明した場合には、後日、助成金の返還を請求することがあります。

小児用インフルエンザの接種について

インフルエンザは、急性呼吸器感染症、発熱、悪寒、頭痛、筋肉痛などの全身症状が突然現れます。潜伏期間は24～72 時間です。呼吸器症状は遅れて出現することが多く、鼻づまり、のどの痛み、せきなどです。合併症がなければ 2～7 日で治癒しますが、肺炎や脳症を併発した場合、重症化しやすく危篤となる場合があります。

国内流行期が通常 12 月末から翌年 3 月頃ですので、重症化を防ぐためにも 12 月中旬までには接種を完了しておきましょう。

接種回数／スケジュール

【接種開始年齢：生後６か月～１３歳未満】
２回／１回目接種後、２～４週間の間隔をあける
【接種開始年齢：１３歳以上～高校３年生相当年齢の方】
１回のみ

助成金額と助成期間

【助成金額】
１回につき１，０００円
※接種費用との差額は本人負担
※生活保護受給者世帯の方は、事前に健康づくり課へ免除券申請が必要となります。
【助成期間】
１０月１日から翌年１月３１日まで

予防接種を受けることができない方

① 明らかに発熱している方(通常は 37.5℃を超える場合)
② 重い急性疾患にかかっている方
③ インフルエンザワクチンに含まれている成分(鶏卵・鶏肉)によってアナフィラキシー(通常接種後 30 分以内に出現する呼吸困難や全身性のじんましんなどを伴う重いアレルギー反応のこと)をおこしたことがある方
④ その他、かかりつけの医師に予防接種を受けないほうがよいといわれた方

予防接種を受けるに際し、医師とよく相談しなければならない方

① 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障害などの基礎疾患のある方
② 過去にけいれん(ひきつけ)をおこしたことがある方
③ 過去に免疫状態の異常を指摘されたことのある方もしくは近親者に先天性免疫不全症の者がいる方
④ 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患を有する方
⑤ インフルエンザワクチンの成分(鶏卵・鶏肉)に対してアレルギーをおこすおそれのある方

予防接種を受けた後の注意

① 接種後 30 分間は、アナフィラキシーショック症状（顔面蒼白、意識混濁など）を起こすことがありますので、医師とすぐ連絡がとれるようにしておきましょう。
② 接種後に高熱やけいれんなどの異常が出現した場合は、速やかに医師の診察を受けてください。
③ 接種部位は清潔に保ちましょう。入浴は問題ありませんが、接種部位をこすることはやめましょう。
④ 接種当日は激しい運動はさけてください。その他はいつも通りの生活で結構です。
⑤ 健康被害（入院が必要な程度の疾患や障害）が生じた場合については、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法に基づいて救済手続きを行うことになります。