

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5年10月2日(月)～令和6年1月31日(水)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(令和 年 月 日)			
今日の予防接種について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。	なかった	あった	
出生時に異常がありましたか。	なかった	あった	
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。病名()	いいえ	はい	
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(令和 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(令和 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

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。
医師の署名又は記名押印

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)

※ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症予防の目的や、重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

使用ワクチン名・Lot番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	(皮下接種)	実施場所
Lot番号	ml	医師名
(注意)有効期限が切れていないか確認	右・左	接種年月日

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～

1. インフルエンザワクチンについて

- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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

予防接種を受けたあと、重い副反応が発生した場合、恵那市予防接種事故災害補償規則、独立行政法人医薬品医療機器総合機構の「医薬品副作用被害救済制度」により救済されます。副反応が発生した場合は、健幸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。

○恵那市では、**恵那市に住民票がある方に限り**、1歳から中学生までの方に接種料の一部助成を行います。

○12歳以下2回・13歳以上1回

※2回接種の場合、1回目・2回目は同じ医療機関で実施してください。

個人負担金は、市の助成額を差し引いた金額です。

医療機関により費用は異なります(助成額1回目3,240円、2回目1,140円)。

ただし、2回目を1回目と異なる医療機関で受けると、自己負担が多くなる場合があります。

○保護者同伴でないと接種できません。保護者のやむを得ない理由により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。

○恵那市が指定する医療機関でのみ助成が有効です。

○接種期間：令和5年10月2日（月）～令和6年1月31日（水）まで

※この期間を過ぎますと、全額本人負担となります。

※期間内でもワクチンがなくなり次第終了となる場合があります。

インフルエンザ予防接種を受ける際、保護者が同伴できない場合について

お子さんが定期予防接種を受ける場合、保護者が同伴することが原則となっています。

保護者のやむを得ない理由により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。保護者が同伴できない場合、保護者が下記の委任状を記入し、代理人が委任状を医療機関へご持参ください。なお、予防接種の同意は、医師の診察・説明を受けた後、代理人が予診票の『同伴者自署』欄（接種同意欄）に署名することになります。

委任状

私（保護者）は、予防接種に同伴できないため、
代理人に予防接種に関する一切の権限を委任します。

記入日 年 月 日

保護者 (委任者)	氏名 ----- 緊急連絡先 *必ずつながる電話番号
予防接種を 受ける子 (被接種者)	氏名 ----- 生年月日
代理人 (予防接種に 同伴する方)	氏名 ----- 予防接種を受ける子との関係（続柄）

記入例

委任状

私（保護者）は、予防接種に同伴できないため、
代理人に予防接種に関する一切の権限を委任します。

記入日 年 月 日

保護者 (委任者)	氏名 保護者の氏名 ----- 緊急連絡先 保護者の電話番号 *必ずつながる電話番号
予防接種を 受ける子 (被接種者)	氏名 予防接種を受けるお子さんの氏名・生年月日 ----- 生年月日
代理人 (予防接種に 同伴する方)	氏名 予防接種に付き添っている方の氏名と続柄 ----- 予防接種を受ける子との関係（続柄）

<医療機関様へ>

委任状は、予診票に添付して恵那市へ提出してください。