

# 中津川市 子どものインフルエンザ予防接種予診票 (1回目・2回目)

■いずれかに○をつけてください。➡ 乳幼児・小学生・中学生

■2回目の接種の場合➡1回目を接種した医療機関と(同じ・違う)➡「違う」の方は接種医療機関を記入( )

助成期間: 令和5年10月2日(月)～令和6年1月31日(水)

診察前の体温 \_\_\_\_\_ ℃

住 所	中津川市	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
今日受ける予防接種について、市から周知した説明書(ちらしやホームページ)等をよく読み、理解できましたか	はい	いいえ	
今回が、今シーズン初めてのインフルエンザ予防接種ですか	はい	いいえ	
接種日の年齢は満3歳以上ですか。	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の名前( ) 接種日(令和 年 月 日)	いいえ	はい	
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( )	いいえ	はい	
最近、1か月以内に病気にかかりましたか 病名( ) かかった日(令和 年 月 日)	いいえ	はい	
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	
予防接種を受ける方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( ) 出生時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( )	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、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	
ひきつけ(けいれん)を、起こしたことがありますか( 年 月)頃	いいえ	はい	
そのときに、熱が出ましたか	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 発疹やじんましんが出たもの( ) ( 年 月)頃	いいえ	はい	
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	
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 予防接種の名前( ) 接種日( 年 月 日)	いいえ	はい	
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(実施できる・見合わせた方がよい)と判断します。  
保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び健康被害の救済制度について説明をしました。

**医師の署名又は記名押印**

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに(同意します・同意しません) ※かっこの中のどちらかを○で囲んでください。  
この予診票は、予防接種の安全性確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が中津川市に提出されることに同意します。

**保護者自署**

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
※有効期限がきれてないか確認	(接種部位) 右・左	接種年月日

# インフルエンザ予防接種について \*\* 予防接種を受ける前に必ずお読みください \*\*

## 【接種年齢と回数】

- (1) 1歳～12歳:2回接種(1回目と2回目の間隔は2～4週間あけてください。3～4週間あけると免疫の効果が高いといわれています。)
- (2) 13歳以上:1回接種

## 【インフルエンザ予防接種の効果】

- ・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ことはできません。
- ・予防接種を受けてから免疫がつくまでに、2週間程度かかります。また、ワクチンの効果が持続する期間は約5か月間とされています。予防接種の効果を高めるために、インフルエンザが流行する前の12月中旬ごろまでに受けられることをお勧めします。

## 【予防接種を受けられない方】

- (1) 明らかに発熱している(37.5度以上ある)。
- (2) 重い急性疾患にかかっている(急性の病気で治療中の方は、医師にご相談ください)。
- (3) インフルエンザワクチンの成分で、アナフィラキシーやショック(※)を起こしたことがある。  
※アナフィラキシー(短時間で現れるじんましんや唇が腫れる、息苦しさ、腹痛、嘔吐等のアレルギー症状)、ショック(血圧低下や呼びかけに応じないような意識レベルの低下)
- (4) 医師が、予防接種を行うことが不適切な状態にあると判断したとき。

## 【予防接種を受ける際に医師と相談が必要な場合】

- (1) 心臓・腎臓・肝臓・血液・発育障害等の基礎疾患がある。
- (2) 今までにけいれんを起こしたことがある。
- (3) 今までに免疫不全の診断を受けている、及び近親者に先天性免疫不全症の方がいる。
- (4) 間質性肺炎・気管支ぜんそく等の呼吸器系疾患がある。
- (5) 今までにインフルエンザ予防接種を受けた後、2日以内に発熱やじんましん等のアレルギーを疑う症状が現れたことがある。
- (6) インフルエンザワクチンの接種液の成分で、アレルギーが出る可能性がある。

## 【接種後の注意】

- (1) 予防接種を受けた後30分間は、急な副反応(アナフィラキシー(※)やショック等)が現れることがあります。接種医療機関で様子を観察するか、医師とすぐ連絡が取れるようにしておいてください。
- (2) 高熱やけいれん等が現われたときは、速やかに医師の診察を受けてください。
- (3) 注射部位は清潔にし、もんだり、こすったりしないでください。
- (4) 予防接種をした日の入浴は差し支えありません。ただし、激しい運動は避け、静かに過ごしてください。

## 【副反応について】 副反応は、24時間以内に出現することが多いです。この間は体調に注意しましょう

- (1) よくある症状・・・通常2～3日で治まりますが、症状が強く出た時は、医師にご相談ください。  
注射したところが赤くなる、腫れる、痛み等／発熱や悪寒、頭痛、体がだるくなる、関節痛等／発疹、じんましん、かゆみ、紅斑等の過敏症状
- (2) 気をつけたい症状・・・すぐに医師の診察を受けてください。  
アナフィラキシーやショック、急性散在性脳脊髄膜炎(発熱、頭痛、けいれん、意識障害等)、ギランバレー症候群(急に手足に力が入らなくなる、手足の先にしびれを感じる等)、高熱やぜんそく発作等

## 【健康被害が発生したとき】

予防接種が原因で、重い健康被害が発生し、予防接種と因果関係があると認められた場合は、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」が適用されます。健康医療課へご相談ください。

## 【保護者が同伴できないとき】

原則、保護者が同伴することになっていますが、やむを得ない理由で保護者以外の親族が同伴される場合は、下の『委任状』が必要です。代理人(同伴者)は、お子さんの健康状態をよく知っている親族です。  
◎予診票の『予防接種の同意欄』は、医師の診察・説明を受けた後、代理人が記入してください。

## 《委任状》

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

保護者(委任者)	氏名	緊急時に必ずつながる電話番号:
代理人(同伴する方)	氏名	予防接種を受けるお子さんとの続柄 ( )

# 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 *必ずつながる電話番号 [保護者の電話番号]
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。