

# 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）

■2回目の場合⇒1回目の接種医療機関と違う方は、1回目の接種医療機関を記入してください（ ）

【助成期間：令和7年10月1日（水）～令和8年1月31日（土）】

中津川市に住民登録のある方が対象です

		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	回 答 欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について、裏面や市のホームページをよく読み、理解できましたか	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の名称（ ） 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、麻疹、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 予防接種の名称（ ） 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）※かつ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	mL	実施場所
Lot番号		医師名
※有効期限がきれてないか確認		接種年月日

※皮下接種：3歳未満は0.25ml/3歳以上は0.5ml 経鼻投与：対象2歳～18歳。接種量0.2ml(左右各鼻腔内に0.1mlを噴霧)1回接種

# 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 \*\*

## 【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。
- (5) 経鼻ワクチンの場合上記に加え、免疫機能に異常のある疾患の方、免疫抑制をきたす治療中の方。

## 【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。
- (7) 経鼻ワクチンの場合上記に加え、ゼラチン含有製剤や食品に対しアナフィラキシー等の過敏症の既往がある。  
重度の喘息を有する、重度の喘鳴を呈する。鶏卵、鶏肉その他鶏由来のものに対してアレルギーを有する。

## 【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) 注射ワクチンの場合…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。  
経鼻ワクチンの場合…弱毒性生ワクチンであり、飛沫又は接触によりワクチンウイルスの水平伝播の可能性  
があるため接種後1～2週間は、重度の免疫不全者との密接な接触は可能な限り避けてください。
- (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。  
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  
注射ワクチンの場合…注射したところが赤くなる、腫れる、痛み等  
経鼻ワクチンの場合…鼻水、鼻づまり、せき、のどの痛み等
- (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。健康課へご相談ください。

## 【保護者が同伴できないとき】※16歳以上の方は保護者同伴なしで接種可能です。

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( )