つくば市　助成額：2,000 円（生活保護上限 7,200 円）

小児インフルエンザ予防接種予診票

※初回接種のみ助成対象

該当する欄に○印をつけてください

年齢内訳			生活保護受給（受給証明書等提示）	接種方法	
6か月以上3歳未満	3歳以上13歳未満	13歳以上中学3年生		皮下接種	経鼻

太枠内を記載してください

住　所	つくば市	電話番号	
ふりがな		生年月日	西暦 20□□年□□月□□日生（　　歳）
受ける子の氏名		性　別	男　・　女
保護者の氏名		診察前の体温	度　　分

質　問　事　項	回答欄		医師記入欄
接種日現在（本日）、つくば市に住民登録はありますか **（ない場合は対象外です）**	**いいえ →対象外**	はい	
今日受けるインフルエンザ予防接種についての説明書(裏面)を読み、効果や副反応などについて理解しましたか	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	
その際に具合が悪くなったことはありますか	はい	いいえ	
今日受けるインフルエンザ予防接種は、今シーズン何回目ですか **（2回目は対象外です）**	**2回目 →対象外**	1回目	
1か月以内に予防接種を受けましたか　予防接種名（　　月　　日：　　）	はい	いいえ	
予防接種（インフルエンザ除く）の際に具合が悪くなったことがありますか 予防接種名（　　）	はい	いいえ	
分娩時や出生後、乳幼児健診等で異常があると言われたことがありますか	はい	いいえ	
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診察を受けていますか　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	いいえ	はい	
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	
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（　　）	はい	いいえ	
治療（投薬など）を受けていますか	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか	いいえ	はい	
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	
ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか（　　）歳頃	はい	いいえ	
そのとき熱がでましたか	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 薬（　　）　食品（卵、ゼラチンなど　　）	はい	いいえ	
今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことがありますか	はい	いいえ	
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	はい	いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	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	
●13歳以上の女性へ● 現在、妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか	はい	いいえ	

【医師の記入欄】
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。
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（理由　　） **】**

医師署名 又は 記名押印

【保護者の記入欄】
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** ）
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、本予診票がつくば市に提出されることに同意します。

保護者自署（委任の場合は受任者自署）

続柄：父・母・その他（　　）

使用ワクチン名	接種方法	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
シール貼付の場合記載不要 ワクチン名 Lot № (注)有効期限が切れていないか要確認	□ **皮下接種** 不活化ワクチン	□ **0.25ml**（3歳未満） □ **0.5ml**（3歳以上）	20□□年□□月□□日
	□ **経　鼻** 生ワクチン	□ **0.2ml**（2歳以上） **※ 両鼻腔内に1噴霧ずつ**	

2025年～

小児インフルエンザ予防接種　説明書

つくば市

この予防接種は、任意の予防接種（被接種者あるいはその保護者の判断で接種を受けるかどうかを決める予防接種）です。希望する方は、ワクチンの効果や副反応を理解した上で接種をしてください。

1　病気の説明

インフルエンザウイルスの感染を受けてから１～４日間ほどの潜伏期間の後に、発熱、頭痛、全身倦怠感、筋肉痛や関節痛などの症状が突然現れ、咳、鼻汁などの上気道炎症状がこれに続き、約１週間の経過で軽快します。小児では、中耳炎、熱性けいれんや気管支喘息の誘発のほか、まれに急性脳症などの重症合併症があらわれることもあります。

2　予防接種の効果

現行のインフルエンザワクチンは、接種すればインフルエンザに絶対にかからないというものではありません。しかし、インフルエンザの発病を予防することや、発病後の重症化等を予防することに関しては、一定の効果があるとされています。

3　接種方法

不活化ワクチンの場合は、生後６か月以上３歳未満は0.25mlを皮下に、３歳以上13歳未満は0.5mlを皮下に２～４週間の間隔をおいて２回接種をします。13歳以上には0.5mlを１回、皮下に接種します。経鼻弱毒生ワクチンの場合は、２歳以上19歳未満に0.2ml（各鼻腔内に0.1mlを１噴霧）を鼻腔内に噴霧します。

インフルエンザワクチンの製造過程で発育鶏卵が使用されています。また、経鼻弱毒生ワクチンは精製ゼラチンを含有しています。卵やゼラチンアレルギーのある方は、接種前にかかりつけ医にご相談ください。

4　副反応

比較的多くみられる副反応には、接種した部位の発赤、腫脹、疼痛等があり、全身性の反応としては、発熱、頭痛、悪寒、倦怠感等がありますが、通常２～３日で消失します。

重大な副反応として、まれにショック、アナフィラキシー様症状（発疹、じんましん、発赤、かゆみ、呼吸困難等）がみられることがあり、そのほとんどは接種後30分以内に生じますが稀に４時間以内に起こることもあります。その他、ギラン・バレ症候群、急性脳症、急性散在性脳脊髄炎、けいれん、肝機能障害、喘息発作、血小板減少性紫斑病等が報告されています。

5　予防接種健康被害救済制度

つくば市が一部助成した任意予防接種によって、健康被害が生じた場合は独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済、また、つくば市法定外予防接種事故災害補償規則に基づく救済が受けられることがあります。救済制度を申請する必要が生じた場合は、診察した医師に相談の上、つくば市にご連絡ください。

健康被害救済制度
市ホームページ