

【任意】

小児インフルエンザ予防接種予診票

※【医療機関が記載】該当する項目に○

ワクチンの種類：皮下接種 ・ 経鼻

年齢区分：未就学児 ・ 小学生 ・ 中学生

接種期間：10月1日～翌年1月31日			市助成金額：2,000円(1回のみ)	
住 所	桜川市		診察前の体温	度 分
フリガナ氏 名		男・女	電話番号	
生年月日	平成・令和 年 月 日生(歳 か月)	保護者の氏名		

質 問 事 項		回 答 欄		医師記入欄
接種日現在(今日)、桜川市に住所があり、対象者(6か月～中学3年生)ですか。		はい	いいえ	
今年度、インフルエンザ接種の助成を受けるのは初めてですか。		はい	いいえ	
【経鼻弱毒性生ワクチン(フルミスト点鼻液)を受ける方のみ】今年度1回目の投与になりますか。		はい	いいえ	
今日のインフルエンザ予防接種の説明書(裏面)を読んで、効果や副反応について理解しましたか。		はい	いいえ	
中学生以下のお子さんの成育についておたずねします。 出生体重()g				
分娩時、出生後に異常がありましたか。		はい	いいえ	
乳児健診で異常があるといわれましたか。		はい	いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、脳神経、血液疾患、免疫不全症、発育障害、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()		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。		はい	いいえ	
これまで間質性肺炎、気管支喘息等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	
今日、体に具合の悪いところがありますか。具体的な症状()		はい	いいえ	
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、家族や周囲でインフルエンザ、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)を起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	
薬や食品にアレルギーがあり、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。				
薬や食品の種類(ニワトリの肉・卵・ゼラチンなど その他)		はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか。予防接種の種類(月 日：)		はい	いいえ	
これまで予防接種を受けた際に、具合が悪くなったことはありますか。		はい	いいえ	
現在、妊娠している可能性はありますか。(※可能性がある場合は、フルミストは実施できません。)		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	
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	
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(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・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、説明しました。 また、経鼻弱毒性ワクチン(フルミスト点鼻液)の場合は、接種対象者が2歳以上であることを確認しました。()歳 医師署名又は記名押印 _____			

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。このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 保護者自署(委任の場合は保護者自署・同伴者自署) _____

ワクチンロット番号	接種方法／接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No. (注)有効期限がきれていないか確認	皮下 0.25 ・ 0.5 ml 右上腕 ・ 左上腕 その他() 点鼻(各鼻腔 0.1ml 噴霧) 0.2ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

【任意接種】小児インフルエンザ予防接種 説明書

この予防接種は任意予防接種です。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。

病気の説明

季節性インフルエンザは急性呼吸器感染症で、発熱、悪寒、頭痛、筋肉痛などの全身症状が突然あらわれます。潜伏期は24～72時間です。呼吸器症状は遅れて出現することが多く、鼻閉、咽頭痛、せきなどです。合併症がなければ2～7日で治癒します。合併症、特に肺炎や脳症を併発した場合は重篤となります。

予防接種の効果

乳幼児のインフルエンザの有効性に関しては、6歳未満の小児を対象とした研究では、発病防止に対するインフルエンザワクチンの有効率は60%と報告されており、インフルエンザの発病を予防することや、発病後の重症化や死亡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。

副反応

重大な副反応として、まれにショック、アナフィラキシー（じんましん、呼吸困難、血管浮腫等）があらわれることがあり、そのほとんどは接種後30分以内に生じますが、まれに接種後4時間以内に起こることもあります。その他、ギラン・バレー症候群、けいれん、急性散在性脳脊髄炎（ADEM）、脳症、脊髄炎、視神経炎、肝機能障害、黄疸、喘息発作、急性汎発性発疹性膿疱症等があらわれたとの報告があります。

その他、まれに接種直後から数日中に、発疹、じんましん、紅斑、掻痒等があらわれることがあります。発熱、悪寒、頭痛、倦怠感等を認めることがあります。通常、2～3日中に消失します。また、接種部位の発赤、腫脹、疼痛等を認めることがあります。通常、2～3日中に消失します。

ワクチン接種を受けた後、気になる症状がみられた場合は、接種を受けた医療機関や、かかりつけ医師などへご相談ください。

* 予防接種後健康被害救済制度について

予防接種は、感染症を予防するために重要なものですが、健康被害（病気になったり障害が残ったりすること）が起こることがあります。健康被害が生じ、当該予防接種と因果関係がある旨が認定された場合、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済が受けられます。申請に必要な手続きなどについては、市にご相談ください。

● 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重篤な急性疾患にかかっている方
- ③このワクチンの成分によってアナフィラキシーをおこしたことがある方
- ④免疫不全の診断を受けている方、免疫抑制をきたす治療を受けている方（*）
- ⑤副腎皮質ホルモン剤を使用している方（*）
- ⑥妊娠している方（*）
- ⑦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、血液疾患等の基礎疾患、発育障害等がある方
- ②過去に予防接種後2日以内に発熱、及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状のみられた方
- ③過去にけいれんをおこしたことがある方
- ④過去に免疫不全の診断を受けている方、及び近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
- ⑤間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器疾患を有する方
- ⑥薬（抗菌薬、安定剤等）の投与又は食事（鶏卵、鶏肉等）で皮膚に発疹が出たり、体に異常をきたしたことがある方
- ⑦妊娠の可能性のある人
- ⑧ゼラチン含有のものに対して、ショック、アナフィラキシー等の過敏症を起こしたことがある方（*）
- ⑨サリチル酸系医薬品（アスピリン等）、ジクロフェナクナトリウム、メフェナム酸を服用している方（*）

● ワクチン接種後の注意

- ①接種後24時間は、有害事象（健康状態の変化）の出現に注意しましょう。特に、接種直後30分以内は、急激な健康状態の変化に注意しましょう。
- ②接種後、生ワクチンでは4週間、不活化ワクチンでは1週間は、副反応の出現に注意しましょう。
- ③接種後、接種局所の異常反応や体調の変化がある場合は、速やかに医療機関を受診しましょう。
- ④接種後、1～2週間は乳児や重度の免疫不全の方との接触を可能な限り控えましょう。（*）
- ⑤接種当日は、激しい運動はさけてください。
- ⑥接種当日の入浴は差し支えありません。

※（*）：経鼻弱毒生ワクチンを接種する方

参考：予防接種と子どもの健康（2026年度版）
予防接種ガイドライン（2026年度版）