

生後6ヵ月から15歳以下の中学生まで

診察前の体温

度 分

住 所	関市	TEL ()	—		
予防接種を受ける者の氏名		男・女	生年月日	平成・令和	年 月 日生
保 護 者 の 氏 名				(満 歳 ヵ月)	

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
本日接種するワクチンを今年度に受けたことがありますか。	ある	ない	
今までの接種日(1回目 年 月 日)(今年度 回目)			
今日受ける予防接種について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。	あった	なかった	
出生後に異常がありましたか。	あった	なかった	
乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか。	ある	ない	
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。 症状()	ある	ない	
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。病名()	はい	いいえ	
1ヵ月以内に家族や遊び仲間に麻疹(はしか)、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	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。予防接種の種類()	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いわれましたか。	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	ある	ない	
そのとき熱が出ましたか。	はい	いいえ	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。	ある	ない	
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。 薬・食品名()	ある	ない	
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。	はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 予防接種の種類()	ある	ない	
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。	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	ある	ない	
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) 医師署名又は記名押印			

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)
保護者自署

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	皮下接種 6ヵ月以上3歳未満	実施場所 関市東貸上8 多田こどもクリニック
Lot No.	0.25 ml	医師名 多田英倫
有効期限	3歳以上15歳以下 0.5 ml	接種年月日 年 月 日

関市小児インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書兼代理受領委任状

(宛先) 関市長 様

関市小児インフルエンザ予防接種費用の助成を受けたいので、関市小児インフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第5条第2項の規定により申請します。また、同条第1項の規定によりその請求及び受領の権限を以下の医療機関に委任します。

住所	関市	1回目 ・ 2回目	
受ける人の氏名		電話番号	
生年月日	平成・令和 年 月 日生 (歳 ヵ月)	保護者の氏名	

※太枠内を記入押印の上、接種を受ける医療機関へ提出してください。

実施場所 関市東貸上8 多田こどもクリニック
医師名 多田英倫
接種年月日 年 月 日

小児インフルエンザ説明書

(目的) 子どものインフルエンザの発症および重症化、感染の拡大防止のため、インフルエンザの予防接種費用を助成

(助成対象者) 生後6カ月から15歳以下の中学生

(接種回数) 13歳未満の小児 : 2回 皮下接種

13歳以上の小児 : 1回 皮下接種

(副反応) 過敏症: まれに接種直後～数日中に発疹、尋麻疹、赤斑、掻痒感等を認めることがあります。

全身症状: 発熱、悪寒、頭痛、倦怠感等を認めることがあり、通常、2～3日中に消失します。

局所症状: 発赤、腫脹、疼痛等を認めることがあり、通常2～3日中に消失します。

※接種を受けることが適当でない人※ (次のいずれかに該当すると認められる場合には、接種できません)

1. 明らかに発熱がある人 (37.5℃を超える人)
2. 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
3. インフルエンザ予防接種の成分により、アナフィラキシーショックというひどいアレルギーを起こしたことがある人
4. インフルエンザの予防接種で、接種後2日以内に発熱のみられた人および全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある人
5. その他、医師が不適当と判断した場合

※接種を受けるに際し医師とよく相談しなくてはいけない人※ (健康状態および体質を考え、注意して接種することが必要です)

1. 心臓血管系、腎臓疾患、肝臓疾患、血液の病気および発育障害等の基礎疾患などで治療を受けている人
2. 過去にけいれんの既往がある人
3. 過去に免疫不全の診断を受けている人
4. 本剤の成分または鶏卵、鶏肉、その他鶏由来のものに対して、アレルギーを起こす恐れのある人

万が一、予防接種を接種したことによる健康被害が生じた場合の救済については、健康被害を受けた人又は家族が独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づいて手続きを行うことになります。

<助成金申請の手続きについて>

1. 接種医療機関で代理受領委任ができる場合。(医療機関が保護者の代わりに市へ助成額の請求をする場合。)

(保護者の方へ)

表面キリトリ線以下の太枠部分について、記入・押印の上、提出してください。医療機関には、1回当たり1,000円の助成額を差し引いた金額をお支払ください。

(医療機関の方へ)

代理受領委任状にご記入・押印の上、キリトリ線以下(代理受領委任状)の部分のみ、請求書を添えて、翌月10日までに関市へご提出ください。

2. 接種医療機関で代理受領委任ができない場合。(医療機関が保護者の代わりに市へ助成額の請求ができない場合。)

(保護者の方へ)

表面キリトリ線以下の部分については、記入していただく必要はありません。ただし、直接関市の窓口へ申請に来ていただく必要があります。接種したことがわかる書類(接種済証や母子健康手帳、予診票の写し)、領収書、申請書、請求書(申請書、請求書については、関市ホームページからダウンロードできます。)を添えて、関市役所市民健康課(各地域保健センター)までお越しください。

(医療機関の方へ)

接種済証の発行もしくは母子健康手帳への記入をしていただき、領収書を発行してください。予診票の原本は申請には必要ありませんので、医療機関の方で保管してください。