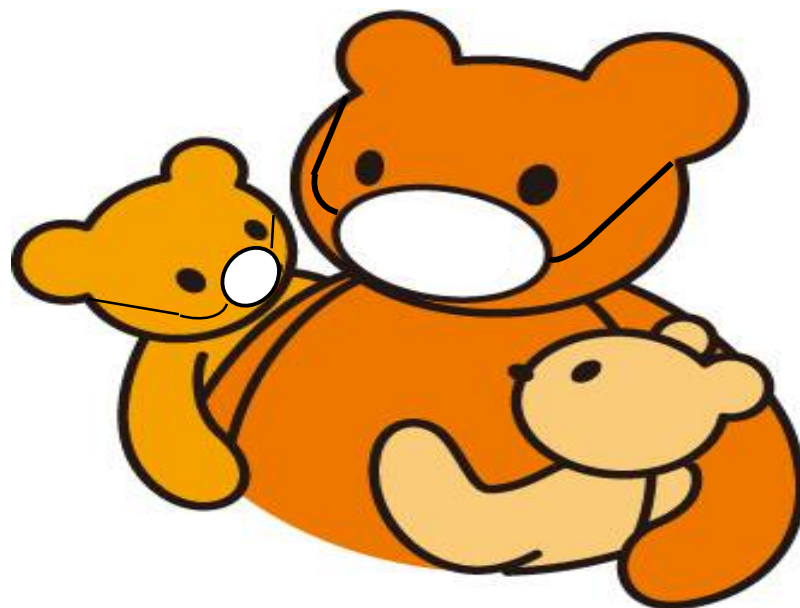


インフルエンザ予防接種で来院される方へ

院内にお入りになる時は

マスクの着用にご協力ください

Please wear a mask when entering the hospital



☆お支払いは現金のみです

- ☆発熱(37.5℃以上)・風邪症状のある方の入室はご遠慮ください
- ☆アルコール消毒の用意がございますので手指消毒をお願いします
- ☆体温はご予約時間一時間以内に計った体温をご記入下さい
- ☆予診票は太枠の中をすべてご記入下さい
- ☆予診票の記入が全てお済の方からの受付となります
 - ※記入間違いが無いようご注意ください
 - 記入間違いがある場合には受付列に並び直しになりますので、
予めご了承ください
- ☆署名欄は・・・

16歳未満の方は保護者様の署名のみご記入下さい

16歳以上の方はご本人様の署名のみご記入下さい

☆未成年の方は**母子手帳が無いと接種できません**

☆助成制度ご利用の方は住民票の住所が確認できない場合には助成制度はご利用になれず、全額自己負担でのお支払いとなります

【住民票の住所確認可能なもの例】

マイナンバーカード・子ども医療費助成受給券・ひとり親医療費助成受給券・免許証・国民健康保険証

住民票の住所の記載が印刷されているものに限ります 手書きで記載されているものは無効です

☆接種当日の持ち物

- ・母子手帳(未成年の方) ※成人の方もご希望があれば母子手帳に記入いたします
- ・インフルエンザ用のA4版予防接種予診票(接種される方それぞれに必要です)
※助成制度ご利用の方は助成専用の予診票をご用意ください
- ・助成制度を利用して接種される方の住民票の住所確認ができるもの
- ・インフルエンザ接種料金を**現金**でご用意ください

小児インフルエンザ予防接種について

1 対象者

接種日時時点で、柏市に住民登録がある生後6か月から小学6年生までのかた

※ 柏市民以外は対象となりません。
中学1年生以上（平成24年4月1日以前に生まれたかた）は対象外です。

2 接種期間

令和6年10月1日（火）～令和7年1月31日（金）

3 助成金額

1回あたり1,500円

- ※ 接種費用から1,500円を差し引いた金額を窓口でお支払いください。
- ※ 不活化インフルエンザHAワクチン（注射）の場合は2回、経鼻弱毒生インフルエンザワクチン（経鼻）の場合は1回、どちらか一方のワクチンで公費助成が受けられます。

接種の際には必ず
母子健康手帳が必要です

4 ワクチンの種類と接種回数



不活化インフルエンザ HAワクチン	2～4週間の間隔をおいて2回注射する
経鼻弱毒生インフルエンザ ワクチン ※2歳以上	鼻腔内に1回噴霧する (各鼻腔内に0.1mLを1噴霧ずつ)

5 保護者の同伴について

原則、保護者の同伴が必要です。

- ※ 保護者が特段の理由で同伴することができない場合、お子さまの健康状態を普段から熟知する親族等が同伴することは差し支えありません。この場合、保護者が予防接種について十分に理解し同意する旨の委任状の提出が必要となります。

4 次の人はかかりつけの医師とよくご相談ください

- 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を有する人
- 予防接種で接種後2日以内に発熱がみられた人、全身性発疹等のアレルギーを疑う症状がみられた人
- 過去にけいれんを起こしたことがある人
- 過去に免疫不全の診断がされている人、近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
- 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患を有する人
- 接種しようとする接種液の成分に対してアレルギーを起こすおそれのある人

【問い合わせ先】 柏市 健康増進課 予防接種担当
TEL 04-7128-8166 FAX 04-7164-1263

裏面もご確認ください

令和6年度 柏市（令和6年8月作成）

小児インフルエンザ予防接種の説明書



【予防接種を受ける前に】

柏市小児インフルエンザ予防接種は、市が独自に費用助成を行うものです。予防接種法に基づかない任意の予防接種となります。

予診票を記入し、わからないことや気がかりなことがあれば、医師や看護師等とよく相談してください。十分に納得できない場合には、予防接種を受けないでください。

【インフルエンザとは？】

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。（「予防接種と子どもの健康」より）

【小児インフルエンザ予防接種の効果】

乳幼児のインフルエンザワクチンの有効性に関しては、報告によって多少幅がありますが、概ね20～60%の発病予防効果があったと報告されています。また、乳幼児の重症化予防に関する有効性を示唆する報告も散見されます。（「予防接種と子どもの健康」より）

【予防接種を受けることができない人】

- 明らかな発熱を呈している人（体温が37.5℃以上の人）
- 重篤な急性疾患にかかっている人
- インフルエンザワクチンに含まれる成分によって、ひどいアレルギー反応やショック状態を起こしたことが明らかな人
- 過去にインフルエンザの予防接種で、2日以内に発熱、発疹、じんましん等のアレルギー反応と想定される異常が見られた人
- その他、医師が予防接種を行うことが不適当な状態と判断した場合

【副反応について】

予防接種を受けた後、接種した部位が腫れたり、痛むことがあります。また、発熱、悪寒、頭痛、全身のだるさなどが見られることもあります。通常2～3日のうちに治ります。

予防接種を受けた後、接種部位のひどい腫れや熱、全身のじんましん、呼吸困難、繰り返す嘔吐、低血圧、高熱などの副反応と思われる症状が現れたら、接種した医師に相談し、医師の診察を受けてください。

【予防接種による健康被害救済制度】

任意の予防接種によって引き起こされた副反応により医療機関での治療が必要になったり、生活に支障がでるような障害を残すなどの健康被害が生じた場合には、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済の対象となる場合があります。

【予防接種を受けた後の注意】

- 予防接種を受けた後30分間は、急な副反応が起こることがありますので、医師（医療機関）とすぐ連絡がとれるようにしておきましょう。
- 通常の生活は問題ありませんが、当日の激しい運動は控えましょう。
- 接種当日の入浴は差し支えありませんが、注射した部分はこすらないようにしてください。

小児インフルエンザ 予防接種予診票

対象年齢：生後 6 か月から小学校 6 年まで

小児用

柏市

接種回数	1回		2回	
住所	柏市			
予防接種番号				
ふりがな			生年月日	西暦 年 月 日
受ける人の氏名	(男・女)		(満 歳 ヶ月)	
保護者の氏名			電話番号	

質問事項	回答欄		医師記入欄
接種時に柏市に住民票はありますか 注意：接種時に柏市に住民票がない場合は全額自己負担となります。	いいえ	はい	
今日受ける予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか	いいえ	はい	
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 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった 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 ()	はい	いいえ	
最近 1 か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
1 か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、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 か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種を受けた日と種類 (月 日：)	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	
【“はい”と回答した場合】 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	いいえ	はい	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか 最後のけいれんは () 歳頃 そのとき熱が出ましたか	はい いいえ	いいえ はい	
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 () 歳頃 薬品・食品名 () 症状 ()	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	
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 ()	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人はいますか	はい	いいえ	
6 か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか 質問 ()	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・見合わせる(理由：) 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、 説明をしました。	医師の自筆署名又は記名押印
-----------	---	---------------

保護者 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 ※どちらかに○ 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。	保護者の自筆署名
------------	--	----------

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 Lot No. 有効期限 年 月 日 (注)有効期限が切れていないか要確認	皮下 接種 3歳未満： 0.25mL 3歳以上： 0.5mL	実施場所： 医師名： 接種年月日： 西暦 年 月 日

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。