

インフルエンザHAワクチン予防接種予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク内のみご記入ください。回答欄にはどちらかに○印をつけてください。

※子どもさんの場合には、健康状態をよく把握している保護者をご記入ください。

住 所		TEL () -	
フ リ ガ ナ	男・女	生年 月 日	年 月 日生 (歳 カ月)
受ける人の氏名			
(保護者の氏名)			

質問事項	回答欄	医師記入欄
1. 今日受ける予防接種について説明文(裏面)を読んで理解しましたか。	いいえ はい	
2. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか。	はい 具体的に() いいえ	
3. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい 病名() はい いいえ 特に尋ねていない	いいえ
4. 最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。	はい 病名() いいえ	
5. 特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患、その他)にかかったことがありますか。	はい 病名() いいえ	
6. 薬や食品(特に鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のもの)で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい 薬名・食品名() いいえ	
7. けいれんを起こしたことがありますか。	はい(回ぐらい) (最後は 年 月ごろ) いいえ	
8. 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はありますか。	はい いいえ	
9. 今日受けるインフルエンザ予防接種は、今シーズン1回目ですか。	いいえ 前回の接種(月 日) はい	
10. インフルエンザ予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。	はい いいえ	
11. インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか。	はい 予防接種名() いいえ	
12. 4週間以内に生ワクチンの予防接種を受けましたか。 又は1週間以内に不活化ワクチンの予防接種を受けましたか。	はい 予防接種名() いいえ	
13. 近親者に先天性免疫不全症の方がいますか。	はい いいえ	
14. 1ヵ月以内に近親者や周囲で麻疹(はしか)、風しん、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜなどにかかった方はいますか。	はい 病名() いいえ	
15. 【女性の方に】現在妊娠していますか。	はい いいえ	
16. 【接種を受けられる方が子どもさんの場合】 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。 出生体重()g	はい 具体的に() いいえ	
17. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや質問があれば、 具体的にご記入ください。		

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。
本人又は、保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び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。

医師の署名又は記名押印

本人(保護者)記入欄

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することに
(同意します ・ 同意しません)。

署名 (代筆者の場合：続柄) (なお被接種者が自署できない場合は代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載してください。)

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
☐ インフルエンザHAワクチン[KMB] Lot No. : カルテNo. : (販売：Meiji Seika ファルマ株式会社)	皮下接種 ☐ 0.5mL(3歳以上) ☐ 0.25mL(6ヵ月以上3歳未満)	実施場所： 医 師 名： 接種日時： 年 月 日 時 分

記載頂きました個人情報 Wakuchin 接種の予診に関してのみ使用いたします。

インフルエンザHAワクチンの接種に当たって、受けられる方の健康状態をよく把握する必要があります。そのため、表面の予診票にできるだけ詳しくご記入ください。ワクチン接種を受けられる方が子どもさんの場合には、健康状態をよく把握している保護者がご記入ください。

ワクチンの効果と副反応

インフルエンザHAワクチンの接種により、インフルエンザを予防したり、症状を軽くすることが期待されます。また、インフルエンザによる合併症や死亡を予防することが期待されます。

一方、副反応は一般的に軽微です。注射部位が赤くなる、腫れる、硬くなる、熱をもつ、痛くなる、しびれる、小水疱などがみられることがあります。数日以内に自然に消失します。また、発熱、悪寒、頭痛、倦怠感、一過性の意識消失、めまい、リンパ節腫脹、咳、嘔吐・嘔気、腹痛、下痢、食欲減退、関節痛、筋肉痛、筋力低下などが起こることがあります。過敏反応として、発疹、蕁麻疹、湿疹、紅斑、多形紅斑、かゆみ、血管浮腫などが起こることもあります。その他に蜂巣炎、顔面神経麻痺などの麻痺、末梢性ニューロパチー、失神、血管迷走神経反応、ブドウ膜炎、振戦が現れることがあります。強い卵アレルギーなどのある方は強い過敏反応を生じる可能性がありますので、接種前に必ず医師に申し出てください。重大な副反応としては、次のような副反応が起こることがあります。(1) ショック、アナフィラキシー(蕁麻疹、呼吸困難、血管浮腫など)、(2) 急性散在性脳脊髄炎(接種後数日から2週間以内の発熱、頭痛、けいれん、運動障害、意識障害など)、(3) 脳炎・脳症、脊髄炎、視神経炎、(4) ギラン・バレー症候群(両手足のしびれ、歩行障害など)、(5) けいれん(熱性けいれん含む)、(6) 肝機能障害、黄疸、(7) 喘息発作、(8) 血小板減少性紫斑病、血小板減少、(9) 血管炎(IgA血管炎、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症、白血球破砕性血管炎など)、(10) 間質性肺炎、(11) 皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群)、急性汎発性発疹性膿疱症、(12) ネフローゼ症候群など。その他にも不明・不安な症状が現れたり、これらの疾患が疑われるような場合には、接種医又はお近くの医療機関にご相談ください。

予防接種を受けることができない人

1. 明らかに発熱のある人(37.5℃以上の人)
2. 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
3. 過去にインフルエンザHAワクチンの接種を受けて、アナフィラキシー(通常接種後30分以内に出現する呼吸困難、全身性の蕁麻疹などを伴う重症のアレルギー反応)を起こしたことがある人
なお、他の医薬品投与を受けてアナフィラキシーを起こした人は、接種を受ける前に医師にその旨を伝えて判断を仰いでください。
4. その他、医師が予防接種を受けることが不適当と判断した人

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人

1. 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの人
2. 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている人
3. 過去に予防接種を受けた時に、2日以内に発熱、発疹、蕁麻疹などのアレルギーを疑う異常がみられた人
4. 薬の投与又は食事(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発疹が出たり、体に異常をきたしたことがある人
5. 過去にけいれんを起こしたことがある人
6. 過去に免疫不全の診断がなされている人及び近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
7. 妊娠の可能性がある人
8. 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器疾患のある人

予防接種を受けた後の注意

1. インフルエンザHAワクチンの接種を受けたあと30分間は、急な副反応(息苦しさ、蕁麻疹、咳など)が起きることがあります。医療機関にいるなどして、様子を観察し、医師とすぐ連絡をとれるようにしておきましょう。
2. 接種当日は、接種部位を清潔に保ち、いつも通りの生活をしましょう。激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
3. 接種当日の入浴は差し支えありませんが、注射した部位をこすことはやめましょう。
4. 万一、高熱やけいれん等の異常な症状が出た場合は、速やかに医師の診察を受けてください。

接種予定日	月	日()	医療機関名	
	時	分頃 おこしください		
当日は受付に				

インフルエンザHAワクチンの任意の接種については、ワクチンを適正に使用したにもかかわらず、その副反応により入院治療が必要になるほど重篤な健康被害が生じた場合は、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、救済手続きを行う制度があります。詳しくは独立行政法人医薬品医療機器総合機構のホームページをご覧ください。問合せ先は右記のとおりです。

独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 救済制度相談窓口
〒100-0013 東京都千代田区霞が関3-3-2 新霞が関ビル
電話：0120-149-931(フリーダイヤル)
URL：<https://www.pmda.go.jp/relief-services/adr-sufferers/0020.html>

なごや子ども・妊婦インフルエンザ予防接種 費用助成のお知らせ

名古屋市では新型コロナウイルス感染症との同時流行を防ぐため、乳幼児（生後6か月）～小学校2年生相当年齢および妊婦の方を対象にインフルエンザ予防接種費用の助成を行います。

助成対象接種期間：令和2年10月15日～令和3年1月31日まで

助成対象者と接種回数、助成金額

予防接種を受ける日において名古屋市に住民登録がある以下の方

対 象 者	接種回数 (助成対象)	助成金額
① 乳幼児（生後6か月）～ 小学校2年生相当年齢まで 〔平成24年4月2日以降に生まれた方で、 接種日時時点で生後6か月以上の方が対象〕	2回	1回目 1,000円 2回目 1,000円
② 妊婦	1回	1,000円



持ち物

- ・必要事項を記入したクーポン券（このチラシの裏面がクーポン券となっています）
- ・住所、氏名、生年月日を確認できるもの（健康保険証、子ども医療証等）
- ・母子健康手帳 ※子どもは予防接種の記録のために必要です。
妊婦は妊娠中であることの確認のために必要です。（医師の診断書等でも可）

接種までの流れ

- ①対象医療機関を下記の市公式ウェブサイトで確認の上、
接種を希望する対象医療機関に連絡し、接種日時を予約
- ②チラシ裏面のクーポン券に必要事項を記入し、接種時に医療機関窓口へ提出
- ③接種費用から1,000円を引いた金額を医療機関窓口を支払い

注1）対象医療機関以外での接種は助成が受けられません。 注2）接種料金は医療機関によって異なります。

注3）対象医療機関によっては、年齢等により一部の対象者の接種を実施していない場合がありますので、事前にご確認ください。

注4）クーポン券は、市公式ウェブサイトにも掲載しています。なお、当日クーポン券を忘れた場合は、対象医療機関の窓口にもご用意しておりますので、お申し出ください。

お問い合わせ先

なごや子ども・妊婦インフルエンザ予防接種費用助成事務処理センター
(名古屋市健康福祉局)

TEL 052-972-4381 (9～17時、12/29～1/3及び日・祝日を除く)

市公式ウェブサイト

なごや子ども・妊婦インフルエンザ

検索



お ね が い

国の優先的接種の呼びかけに基づき、定期接種対象者（65歳以上の方等）以外は、できるだけ10月26日以降の接種にご協力ください。

クーポン券は裏面へ

なごや子ども・妊婦インフルエンザ予防接種費用助成 クーポン券

(なごや子ども・妊婦インフルエンザ予防接種費用助成申込書)

- ・予防接種を希望される方で、助成の対象となる方は、本クーポン券に必要事項を記入し、接種時に対象医療機関の窓口提出することで、接種費用から1,000円が割引されます（当日は本人確認書類等をお持ちください。）。
- ・対象医療機関は名古屋市の公式ウェブサイトを確認ください。対象医療機関以外では、本クーポン券を提出しても助成は受けられません。
- ・助成の対象となる方は、予防接種を受ける日において、名古屋市に住民登録がある①生後6か月～小学校2年生相当の年齢の方〔平成24年4月2日以降に生まれた方で、接種日時時点で生後6か月以上の方〕（以下、「子ども」という）と、②妊娠中の方（以下、「妊婦」という）に限ります。
- ・子どもについて、2回目の接種を受ける際は、改めて本クーポン券（コピー可）を記入し提出する必要があります。
- ・予防接種にあたっては、医療機関で必要な説明を受けるとともに、予診票の記入をしてください。

(本人等記載欄) 欄内に文字または数字を記入するか、☒ 印をつけてください。

接種を受ける人	☐ 乳幼児（生後6か月）～小学校2年生相当年齢【子ども】 ☐ 妊娠中【妊婦】		に該当する 名古屋市民です。
接種年月日	令和__年__月__日	注) 助成対象は令和3年1月31日接種分までです。	
接種回数	☐ 1回目 ☐ 2回目（子どもの場合のみ）	注) 令和2年度中の上限回数（子どもは2回、妊婦は1回） を超える接種については助成対象とはなりません。	
フリガナ			
受ける人の氏名			
生年月日	☐ 昭和__年__月__日生 ☐ 平成__年__月__日生 ☐ 令和__年__月__日生 1歳以上の方：満__歳 1歳未満の方：満__か月	注) 子どもの場合、助成対象となる方は、 平成24年4月2日以降に生まれた方で、 接種日時時点で生後6か月以上の方です。	
住所	名古屋市__区__		
(子どもの場合のみ記入) 保護者の氏名	(子どもから見た続柄：__)		

※本事業は名古屋市の助成事業であるため、本クーポン券は名古屋市に提出されます。

(対象医療機関記入欄)

接種年月日	令和__年__月__日
本人確認書類 等チェック欄	【子ども・妊婦共通】住所・氏名・生年月日を確認できる書類（いずれか一つ） ☐ 健康保険証 ☐ 子ども医療証 ☐ 運転免許証 ☐ その他（__） 【妊婦のみ】妊娠中であることを確認できる書類（いずれか一つ） ☐ 母子健康手帳 ☐ 医師の診断書 ☐ その他（__）
所在地	
名称	
接種医師名	

(対象医療機関の方へ)

※助成対象の要件を満たさない方の請求については受理できません。
※本事業にかかる請求がある場合は、「なごや子ども・妊婦インフルエンザ予防接種費用助成事業実施総括表」に本クーポン券（原本）を添えて、事前に配付した専用封筒（水色）にて毎月10日までに名古屋市へご提出ください（それ以外のものは封入しないでください。）。