

かすみがうら市こども(1歳～義務教育学校9年生)インフルエンザ予防接種予診票

令和7年度接種	電話番号	この白い部分はおおよそ2ミリかつ、糊付け部分です
	生年月日	
	() 歳	
公費助成額 2,000円		
接種(助成)期間 令和7年10月1日～令和8年1月31日		
医療機関の方へ ①この予診票は、かすみがうら市と予防接種業務委託契約をしている医療機関での接種の際に使用してください。 ②①以外の医療機関での接種は償還払いとなります(申請は令和8年3月31日まで)。詳細は、かすみがうら市保健センターまでお問い合わせください。		

質問事項	診察前の体温	度	分	回答欄	医師記入欄
接種当日にかすみがうら市に住民票はありますか。				はい	いいえ
今日のインフルエンザの予防接種について市から配られている説明書を読みましたか。				はい	いいえ
(フルミスト点鼻薬の接種予定者のみ) 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。				はい	いいえ
※経鼻弱毒生ワクチン(フルミスト点鼻薬)はシーズン1回投与になります。					
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。				はい	いいえ
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、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。				はい	いいえ
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、血液疾患、重度の喘息など呼吸器系疾患				はい	いいえ
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
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
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。				はい	いいえ
①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
②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はありますか。				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。				はい	いいえ
そのとき熱が出ましたか。				はい	いいえ
薬や食品(鶏卵・ゼラチン・鶏肉等)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。				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
(女性のみ) 現在妊娠している、又は妊娠している可能性がありますか。				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(可能・見合わせる)と判断します。 本人に対して、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。 ※経鼻生ワクチンの場合、2歳以上であることを確認しました。 医師署名又は記名押印			
使用ワクチン	接種量に○	実施場所・医師名・接種年月日	
ワクチン名	皮下	3歳以上 0.5ml	実施場所
Lot No.		3歳未満 0.25ml	
ワクチンの有効期限を確認すること	経鼻	0.2ml	医師名
		接種年月日	令和 年 月 日

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。)	
(保護者が同伴する場合) 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。 (13歳以上で保護者が同伴しない場合) あなたのお子さんの病歴・健康状況・接種当日の体調等を考慮した上で接種することに同意しますか。	接種を希望します・接種を希望しません 同意します・同意しません 緊急連絡先()
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。 このことを理解のうえ、本予診票が市町村に提出されることに同意します。 ※自署ができない方は代表者が署名し、代筆者氏名及び続柄を記載してください。	令和 年 月 日 保護者自署 続柄:

かすみがうら市高齢者インフルエンザ予防接種予診票

令和7年度接種	電話番号	この白い部分はおおよそ2ミリかつ、糊付け部分です	
	生年月日		
		(歳)	
公費助成額		2,000円	
接種(助成)期間 令和7年10月1日～令和8年1月31日			
医療機関の方へ ①この予診票は、かすみがうら市と予防接種業務委託契約をしている医療機関での接種の際に使用してください。 ②①以外の医療機関での接種は償還払いとなります(申請は令和8年3月31日まで)。詳細は、かすみがうら市保健センターまでお問い合わせください。			

診察前の体温		度 分	
質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
接種当日にかすみがうら市に住民票はありますか。	はい	いいえ	
今日のインフルエンザの予防接種について市から配られている説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	はい	いいえ	
現在、何かの病気にかかっていますか。	はい	いいえ	
病名 ()	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。	はい	いいえ	
免疫不全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。	はい	いいえ	
具合の悪い症状を書いてください ()	はい	いいえ	
薬や食品（鶏卵・鶏肉等）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。	はい	いいえ	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
①その際に具合が悪くなったことはありませんか。	はい	いいえ	
②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はありませんか。	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。	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか。	はい	いいえ	
(月 日 の予防接種)	はい	いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患、呼吸器疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。	はい	いいえ	
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。	はい	いいえ	
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。	はい	いいえ	
病名 ()	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（ 可能 ・ 見合わせる ）と判断します。 本人に対して、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。			
医師署名又は記名押印			
使用ワクチン ワクチン名 Lot No. ワクチンの有効期限を確認すること	接種部位 皮下	接種量 0.5 ml	実施場所・医師名・接種年月日 実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

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、予防接種の効果や目的、副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。(○で囲んでください。)	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。 このことを理解のうえ、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 被接種者自署
※自署ができない方は代表者が署名し、代筆者氏名及び続柄を記載してください。	続柄:

かすみがうら市新型コロナウイルス感染症予防接種予診票

令和7年度接種	電話番号	この白い部分はおおよそ2ミリかつ、糊付け部分です	
	生年月日		
	(歳)		
公費助成額		3,000円	

接種(助成)期間 令和7年10月1日～令和8年1月31日

医療機関の方へ

- ①この予診票は、かすみがうら市と予防接種業務委託契約をしている医療機関での接種の際に使用してください。
②①以外の医療機関での接種は償還払いとなります(申請は令和8年3月31日まで)。詳細は、かすみがうら市保健センターまでお問い合わせください。

診察前の体温		度 分	
質 問 事 項		回	答 欄
接種当日にかすみがうら市に住民票はありますか。		はい	いいえ
今日の新型コロナウイルス感染症の予防接種について市から配られている説明書を読みましたか。		はい	いいえ
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。		はい	いいえ
現在、何かの病気にかかっていますか。		はい	いいえ
病名 ()		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。		はい	いいえ
免疫不全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。		はい	いいえ
具合の悪い症状を書いてください ()		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。		はい	いいえ
新型コロナウイルス感染症の予防接種を受けたことがありますか。		はい	いいえ
①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
②新型コロナウイルス感染症以外の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
ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。		はい	いいえ
1 か月以内に予防接種を受けましたか。		はい	いいえ
(月 日 の予防接種)		はい	いいえ
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。		はい	いいえ
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。		はい	いいえ
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。		はい	いいえ
病名 ()		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

醫師記入欄

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）と判断します。

本人に対して、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。

医師署名又は記名押印

使用ワクチン	接種部位	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No.	筋肉内	m l	実施場所
ワクチンの有効期限を確認すること			医師名 接種年月日 令和 年 月 日

新型コロナウイルス感染症予防接種希望書（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、予防接種の効果や目的、副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。(○で囲んでください。)	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。 このことを理解のうえ、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 被接種者自署
※自署ができない方は代表者が署名し、代筆者氏名及び続柄を記載してください。	続柄: