

土浦市インフルエンザ予防接種予診票

(中学3年生まで)

住所	土浦市		保護者氏名	
フリガナ			電話番号	() () () () () ()
氏名			診察前の 体温	度 分
生年月日	H・R 年 月 日 (歳 か月) ※皮下は生後6か月以上。経鼻は2歳以上。	男・女	※経鼻ワクチンは1回の接種で終了です。 ※皮下接種の1回目と2回目の間隔は2～4週間 あけることが望ましいです。	

今回の接種回数	1 回目 (皮下・経鼻)	2 回目 (皮下のみ。1回目を13歳未満で接種)	1 回目接種日 年 月 日
---------	-----------------	-----------------------------	------------------

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
接種当日に土浦市に住民登録はありますか	はい	いいえ	※接種当日に土浦市に住民登録がない方は、助成対象外です。
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 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 ある	なかった ない	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、消化管、脳神経、免疫不全症、 重度の喘息や喘鳴症状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	
今日体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い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	
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	
ニワトリの卵や肉、ゼラチン含有食品などにアレルギーがありますか	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	
ひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか (歳頃)	はい	いいえ	
そのときに熱がでましたか	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	
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、または妊娠している可能性はありますか	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) 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時の救済措置に ついて説明しました	医師署名又は記名押印 川嶋 浩一郎 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)
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、本予診票が市に提出されることに同意します	保護者自署 ()

ワクチンロット番号	接種量に○	実施場所・医師名	接種年月日
Lot No.	皮下 3歳以上 0.5ml 3歳未満 0.25ml 経鼻 0.2ml	つちうら東口クリニック 院長 川嶋浩一郎	年 月 日

(注)有効期限要確認

R8年度

＜医療機関のみなさまへ＞

このたびは、土浦市民の任意予防接種にご協力いただきありがとうございます。
お手数でも、接種前に次のとおり対象者の確認をお願いいたします。

◎ 接種を受ける方は、インフルエンザ予防接種の対象者ですか？

対象者	年 齢	生後6か月から中学3年生まで(平成24年4月1日生まで)
	接種期間	令和8年10月1日～令和9年1月31日
	助成回数	【皮下】13歳未満：2回 13歳以上：1回 ※2回接種の場合、接種間隔は、およそ2～4週間(免疫効果を考慮すると4週間が望ましい)
		【経鼻】 <u>2歳以上</u> ：1回
	助成額	【皮下】1,700円/回
		【経鼻】3,400円/回

※ワクチンによって、対象年齢が変わりますので、ご注意ください。

ワクチン名		対象年齢	接種量
インフルエンザHA	KMB ビケンHA フルービックHA 生研	6か月以上3歳未満	0.25 ml
		3歳以上	0.5 ml
経鼻弱毒生 インフルエンザ	フルミスト	<u>2歳以上</u>	0.2 ml

◎ 接種を受ける方は、接種当日に土浦市に住民登録がありますか？

⇒ マイナンバーカード等で氏名・住所を確認してください。

接種当日に土浦市民でない場合には、この予診票では接種できません。

現住所地の市町村へお問い合わせいただくようにご案内してください。

◎ 母子健康手帳を持参していますか？

⇒ インフルエンザ予防接種の回数、接種間隔等を母子健康手帳等で確認願います。

また、接種後は必ず母子健康手帳に記録をお願いいたします。

※ 母子健康手帳を忘れた場合は、これまでの履歴の確認ができないこと、

今回の接種の記録ができないことから、接種を行わないでください。

【土浦市医師会の協力医療機関のみなさまへ】

接種した月毎に予診票をまとめ、「土浦市インフルエンザ予防接種実施報告書」に記入のうえ、翌月6日までに土浦市医師会事務局へ提出してください。

【その他の医療機関のみなさまへ】

○ 接種の際には、依頼書をご確認ください。(保護者から事前連絡により土浦市が発行し、被接種者が接種の際に持参します。)依頼書の発行を受けていない方へは、土浦市健康増進課へ電話連絡し、依頼書の発行手続きをするようにご案内ください。

○ 予診票は、本市発行のものを使用し、接種後は原本を被接種者へお渡しください。

○ 接種費用については、公費助成額を上限に償還払いとなります。

医療機関窓口にて接種費用を全額徴収し、領収書(被接種者氏名・接種日・予防接種名・予防接種ごとの料金が記載されているもの)を発行してください。

※ 土浦市が独自に助成を行う小児のインフルエンザ予防接種は、茨城県内定期予防接種広域事業の対象となりません。

ご不明な点がございましたら、お問い合わせください。

【お問い合わせ先】

土浦市健康増進課

〒300-0812

土浦市下高津二丁目7番27号(土浦市保健センター内)

電話：029-826-3471

平日8時30分～17時15分