令和8年10月1日発行
（保健課健康増進係扱い）

令和8年10月1日発行

経鼻

整理番号	台帳番号
性別	生年月日

経鼻弱毒性生インフルエンザ(フルミスト点鼻薬)接種通知書

任意のインフルエンザ予防接種を下記の日程で実施いたします。この予防接種は、医療機関での個別接種になりますので、接種予定の医療機関へご予約のうえ、接種期間内に下記の要領で接種してください。

記

接種日	令和８年１０月１日　から　令和９年１月３１日　まで ※　この期間中に限りこの予診票は有効です。期間を過ぎたら無効となりますのでご注意ください。
接種場所	垂水市内の全医療機関 東内科小児科クリニック・ふくまる皮フ科クリニック・よしとみクリニック ※　垂水市外の病院でも接種は可能です。その際は、下記までご連絡をお願いいたします。
料金	・　接種につき4、000円公費負担いたします。 ・　支払う費用(自己負担額)は、次の計算式によります。 支払う費用(自己負担額) ＝ (各医療機関の接種費用) － (公費負担額 4,000円)
対象者	・　垂水市に住民登録のある者で、2歳以上19歳未満の者。
持参するもの	・　予診票(この通知書)　・母子健康手帳(お持ちの方のみ) ・　身分証明書(マイナ保険証・医療費助成受給資格者証等)
注意事項 ※ｱﾅﾌｨﾗｷｼｰ：接種後30分以内に現れる急性の全身ｱﾚﾙｷﾞｰ反応	※　医療機関においてある説明書を読んでから、予診票(この通知書)に回答してください。 ※　接種当日は、予診票(この通知書の裏面)をよく読んで記入してください。 ※　下記事項に当てはまる者は、接種できません。 ①　明らかに発熱のある者 ②　重篤な急性疾患にかかっている者 ③　過去に本ワクチンの成分によって、急激に具合が悪くなるなどアナフィラキシーを起こしたことのある者 ④ 明らかに免疫機能に異常のある疾患をお持ちの方、免疫抑制をきたす治療を受けている方 ⑤ 経口または注射の副腎皮質ホルモン剤を使用している方 ⑥ 妊娠していることが明らかな方 ⑦ 医師が予防接種を受けることが不適当と判断した方 ※　この他に気になる点がございましたら医師に相談してから接種してください。

お問い合わせは，垂水市保健課健康増進係まで
TEL　３２－１１１６

任意接種用

経鼻弱毒生インフルエンザワクチン（フルミスト点鼻液）接種　予診票

＊接種希望の方へ：太ワク内にご記入ください。

診察前の体温	度　　分

住　　所	〒		TEL（　　）　　－	
フリガナ		男・女	生年月日	年　　月　　日生 （　　歳　　か月）
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
今日受ける予防接種について説明文書を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
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。 注：経鼻弱毒生ワクチン（フルミスト点鼻液）はシーズン1回投与になります。	いいえ　（　　）回目	はい	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい 具体的に（　　）	いいえ	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 ・その場合、治療（投薬など）を受けていますか。 ・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いわれましたか。	はい　（病名　　） はい　・　いいえ はい　・　いいえ	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか。	はい （病名　　）	いいえ	
これまでに特別な病気（心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、発育障害、その他の病気）にかかり、医師の診察を受けたことがありますか。	はい （病名　　）	いいえ	
これまでに重度の喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことがありますか。	はい　（　　年　　月頃） 現在治療中　・　治療していない	いいえ	
これまでにけいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか。	はい　（　　回くらい） （最後は　　年　　月頃）	いいえ	
これまでに薬や食品（ゼラチン、鶏卵、鶏肉など）で皮膚に発疹が出たり、体の具合が悪くなったことはありますか。	はい （薬、食品名　　）	いいえ	
近親者の中に予防接種を受けて、具合の悪くなった方はいますか。	はい （予防接種名　　）	いいえ	
近親者の中で先天性免疫不全症と診断された方はいますか。	はい	いいえ	
最近1か月以内に家族や周囲で麻しん、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	
最近1か月以内に予防接種を受けましたか。	はい （予防接種名　　）	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がありますか。	はい（予防接種名　　） （症状　　）	いいえ	
（予防接種を受けられる方がお子さまの場合）分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。	はい （具体的に　　）	いいえ	
（女性の方に）現在妊娠しているあるいは妊娠している可能性がありますか。または授乳していますか。注：接種後約2か月間は妊娠をしないように注意してください。	はい	いいえ	
その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや今日の予防接種について質問がありますか。	はい （具体的に　　）	いいえ	

医師の記入欄：以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は（ 可能　・　見合わせる ）。
本人（もしくは保護者）に対して、予防接種の効果、副反応および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た。**また、本剤の接種対象者が2歳以上19歳未満であることを確認した。**

医師の署名または記名押印 ＿＿＿＿＿＿＿＿

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応の可能性などについて理解した上で、接種することを　（　希望します　・　希望しません　）。
（被接種者が自署できない場合、代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載ください。）

本人の署名（もしくは保護者の署名）＿＿＿＿＿＿＿＿

代筆者の場合：続柄 ＿＿＿＿＿＿

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
名　　称：フルミスト点鼻液 メーカー名：第一三共株式会社 製造番号：	点鼻 （各鼻腔0.1mL噴霧） 0.2mL	医療機関名： 医　師　名： 接種日時：　　年　　月　　日　　時　　分

記載いただきました個人情報はワクチン接種に関する予診にのみ使用します。