令和8年10月1日
（保健課健康増進係扱い）

令和8年10月1日発行

注射

整理番号	台帳番号
性別	生年月日

インフルエンザ予防接種通知書

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 池田温泉クリニック・桑波田診療所・相良整形外科・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・垂水中央病院 ※　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２，０００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　２，０００円）
対象者	・　垂水市に住民登録のある者で、13歳以上20歳未満の者。
持参するもの	・　予診票(この通知書) ・　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　インフルエンザワクチン接種液の成分によって、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　医師が不適当な状態と判断した者 ※　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

インフルエンザ予防接種予診票

任意接種対象者用（13歳以上20歳未満）

診察前の体温	度　　分

住所	垂水市		電話番号	
（フリガナ）		男・女	生年月日	平成・令和　年　月　日生 （　歳　ヶ月）
受ける人の氏名				
保護者氏名				

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の説明文を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
2【未成年の接種者へ】分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。 ※具体的な内容（　）	ある	ない	
3【女性の方へ】現在妊娠していますか。	はい	いいえ	
4 今日、体に具合の悪いところがありますか。 ※具体的な症状（　）	はい	いいえ	
5 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。　病名（　）	はい	いいえ	
・その場合、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もよいと言われましたか。	はい	いいえ	
6 最近1か月以内に病気にかかりましたか。 ※具体的な病名・症状（　）	はい	いいえ	
7 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人はいますか。　病名（　）　いつ頃（　月　日）	はい	いいえ	
8 最近1か月以内に予防接種を受けましたか。 ※予防接種種類（　）　症状（　）	はい	いいえ	
9 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。 ※予防接種種類（　）　症状（　）	はい	いいえ	
10 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、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。 ※具体的な病名（　）	はい	いいえ	
11 これまで間質性肺炎や気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断され、現在治療中ですか。 ※診断時期（　）年（　）月頃　現在（治療中・治療していない）	はい	いいえ	
12 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。 ※回数（　回くらい）　※最後は（　年　月ごろ）	はい	いいえ	
13 これまでに薬や食品（鶏肉、鶏卵など）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。薬・食品名（　）	はい	いいえ	
14 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	
15 近親者の中に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか。 ※予防接種種類（　）　症状（　）	はい	いいえ	
16 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　） ※保護者に対して、予防接種の効果・副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済制度 垂水市予防接種事故災害補償規則について説明しました。	医師署名又は記名押印

本人（又は保護者）記入欄

1 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、医薬品医療機器総合機構法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　）　※かっこの中のどちらかを○で囲んでください。

2 この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としてることを理解し、本予診票を垂水市に提出されることに同意します。

同意年月日	令和　年　月　日	本人（又は保護者）氏名	

使用ワクチン名		接種量	実施場所・医師名・接種年月日	
名称		皮下接種	実施場所	
メーカー名		□0.5ml	医師名	
製造番号			接種年月日	令和　年　月　日