

インフルエンザ予防接種のご案内 (小児用)

予防医療センター

<対象者>

6か月～15歳以下(中学生まで)

* 入院患者は対象外となります

<実施期間>

令和7年11月6日(木) ～ 12月25日(木)

<実施日時>

木曜日 13:30 枠・14:00 枠・14:30 枠 30人/日

<実施場所>

予防医療センター

<接種ワクチン>

インフルエンザ HA ワクチン(注射)

(経鼻弱毒性インフルエンザワクチンは対応不可)

<申込方法>

- ◆ 申込期間:令和7年10月1日(水)～12月24日(水)
- ◆ 予約窓口:[WEB 限定](#)

[↑をクリックしてください。](#)

※生後6か月～小学生までの方は2回目の予約もお取りください

<1回分費用>

- ◆ 安城市の補助券をお持ちの方 3,950円(1回につき1,000円の補助使用後の費用)
- ◆ 安城市以外の補助券をお持ちの方 補助は市の規定による
- ◆ 上記以外の自費の方 4,950円

<注意事項>

- ◆ 「インフルエンザ予防接種の受診補助券」はお取り扱いできません
- ◆ 予防医療センターリンクにある予診票をプリントアウトし、記入してお持ちください
- ◆ 治療中の病気がある方は、主治医の許可(サインまたは押印)を必ず受けてください
- ◆ ワクチンの供給状況により、2回目接種をお取りできない場合がありますのでご了承ください

小児インフルエンザ予防接種予診票

| | |
|--------|------------------------------------|
| 氏名 | ID |
| 住所 〒 - | 性別 男・女 |
| | 生年月日 T・S・H・R 年 月 日生 (満 歳 加月) |
| 電話番号 | |

| | |
|-----------|------------|
| 平常の体温 度 分 | 診察前の体温 度 分 |
|-----------|------------|

| 質問事項 | 回答欄 | | 医師記入欄 |
|---|----------|------------------------|-------|
| 1. 今日、身体の具合の悪いところがありますか 症状を書いてください。() | はい | いいえ | |
| 2. 現在、何か病気にかかっていますか病名() 治療(投薬)などを受けていますか | はい はい | いいえ いいえ | |
| 3. 現在、病気治療中の方は、主治医の許可がありますか 令和 年 月 日 主治医サインまたは押印 [] | はい | いいえ | |
| 4. 免疫不全と診断されたことがありますか | はい | いいえ | |
| 5. ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか | はい | いいえ | |
| 6. インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 その際に具合が悪くなったことはあります | はい はい | いいえ いいえ | |
| 7. けいれんをおこしたことがありますか | はい | いいえ | |
| 8. 4週間以内に予防接種を受けましたか 予防接種名() 接種日 / () | はい | いいえ | |
| 9. 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などにかかったことがありますか 病名() | はい | いいえ | |
| 10. 最近1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか 病名() | はい | いいえ | |
| 11. 【女性の方】現在、妊娠中ですか？(妊娠 週目) | はい | いいえ | |
| 12. 【小児の方】出生時や乳幼児健診などで異常がありましたか | はい | いいえ | |
| 医師の記入欄 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可 ・ 不可) 医師のサインまたは押印 [] | | | |
| 医師の診察の結果、説明を受け、インフルエンザの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 (はい ・ いいえ) 令和 年 月 日 本人または保護者サイン [] | | | |
| 使用ワクチン | 接種量 | 実施場所：安城更生病院 予防医療センター | |
| Lot.No. | ml | 医師サイン [] または押印 [] | |
| 接種年月日：令和 年 月 日 | | | |