東かがわ市告示第**120**号

東かがわ市子どもインフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱の一部を改正する告示を次のように定める。

令和７年**10**月 **1**日

東かがわ市長　上村　一郎

東かがわ市子どもインフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱の一部を改正する告示

東かがわ市子どもインフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱（令和３年東かがわ市告示第100号）の一部を次のように改正する。

次の表の改正前の欄に掲げる規定を同表の改正後の欄に掲げる規定に下線で示すように改正する。

改正後

様式第１号（第６条関係）

東かがわ市子どもインフルエンザ予防接種予診票　任意接種用

※太枠内をご記入ください。

住所	東かがわ市	生年月日	年　月　日
フリガナ		年齢・性別	満　歳　か月（男・女）
接種する人の氏名			
保護者の氏名		電話番号	

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける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	
今日受けるインフルエンザの予防接種は、今シーズン何回目ですか。（1回目接種日　月　日）	1回目	2回目	
お子さんの分娩時、出生後、乳幼児健診などで異常がありましたか。具体的に書いてください。（　）	はい	いいえ	
今日体に具合の悪いところがありますか。具体的な症状を書いてください。（　）	はい	いいえ	
最近１か月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか。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	
これまでに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	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気にかかり、医師の診断を受けていますか。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もよいと言われましたか。	はい	いいえ	
これまでに重症の喘息などの呼吸器系病気と診断されたことがありますか。（　年　月頃）（現在治療中・治癒していない）	はい	いいえ	
現在、何かの病気で通院にかかっていますか。病名（　）	はい	いいえ	
治療（薬剤）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	
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。（　病名、発症は　年　月頃）	はい	いいえ	
その時熱が出ましたか。	はい	いいえ	
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	
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	
最近１か月以内に発熱や遅延呼吸困難、嘔吐、下痢、ふるえ、けいれん、意識障害などの病気の方がいましたか。病名（　）	はい	いいえ	
近親者に、予防接種を受けて具合の悪くなった人はいますか。	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、又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：以上の問診及び接種の結果、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、副反応及び医療機関受診等費用等に基づく救済について、説明した。
医師の署名又は記名押印

医師の説明・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。（ 希望します ・ 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。このことを了解の上、本予診票が市に提出されることに同意します。
保護者署名

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
メーカー名	（皮下注射）□ 0.25ml	実施場所
Lot No.	□ 0.5ml	医師名
（注）有効期限がされていないか確認	（筋注）□ 0.2ml	接種年月日　年　月　日

改正前

様式第１号（第６条関係）

任意接種用

東かがわ市子どもインフルエンザ予防接種予診票

※太枠内をご記入ください。

住所	東かがわ市	生年月日	年　月　日
フリガナ		年齢・性別	満　歳　か月（男・女）
接種する人の氏名			
保護者の氏名		電話番号	

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける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	
今日受けるインフルエンザの予防接種は、今シーズン何回目ですか。（1回目接種日　月　日）	1回目	2回目	
お子さんの分娩時、出生後、乳幼児健診などで異常がありましたか。具体的に書いてください。（　）	はい	いいえ	
今日体に具合の悪いところがありますか。具体的に書いてください。（　）	はい	いいえ	
最近1か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	
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	
これまでに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	
生まれてからいまでに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気にかかり、医師の診断を受けていますか。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	
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。（　病名、発症は　年　月頃）	はい	いいえ	
その時熱が出ましたか。	はい	いいえ	
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	
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	
最近1か月以内に発熱や遅延呼吸困難、嘔吐、下痢、ふるえ、けいれん、意識障害などの病気の方がいましたか。病名（　）	はい	いいえ	
近親者に、予防接種を受けて具合の悪くなった人はいますか。	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、又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：以上の問診及び接種の結果、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、副反応及び医療機関受診等費用等に基づく救済について、説明をした。
医師の署名又は記名押印

医師の説明・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。（ 希望します・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。このことを了解の上、本予診票が市に提出されることに同意します。
保護者署名

使用ワクチンメーカー名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
メーカー名	（皮下注射）	実施場所
Lot No.	□ 0.25ml	医師名
（注）有効期限がされていないか確認	□ 0.5ml	接種年月日　年　月　日

附　則

この告示は、令和７年10月１日から施行する。