

大田区こどものインフルエンザ予診票兼
ワクチン接種費用助成申請書（任意接種）

大田区民のみ

1/2

※太ワク内をご記入ください。

住 所	大 田 区		
フリガナ		性 別	男 ・ 女
氏 名	生 年 月 日	(西暦)	年 月 日
		満 歳 月 日	か 月
保護者氏名	(被接種者が16歳以上の場合は不要)	電話番号	- -

- ☐ 助成期間
令和7年10月1日～令和8年1月31日
- ☐ 対象者(接種日現在、大田区に住所がある方)
生後6か月以上18歳(高3相当)以下
※2歳未満は生ワクチン(経鼻)接種不可
- ☐ 助成回数
生後6か月以上13歳未満 2回まで
13歳以上18歳(高3相当)以下 1回
※生ワクチン(経鼻)は年齢に関わらず1回まで

今回の接種に「○」をつけてください。 また過去の接種年月日をご記入ください	1回目	2回目(不活化ワクチンのみ)
	(西暦) 年 月 日	(西暦) 年 月 日

- ☐ 助成額
生ワクチン(経鼻) 4,000円/回
不活化ワクチン 2,000円/回

下の太枠内の質問項目に必要事項を記入し、回答欄のどちらかに○をつけてください

診察前の体温 度 分

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
1 「大田区こどものインフルエンザ予防接種費用助成事業【予防接種説明書】」を読みましたか。	いいえ はい	
2 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	
3 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	
4 1か月以内に家族や遊び仲間に麻しん、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	
5 1か月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	
6 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、医師の診察を受けていますか。 病名() 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	
7 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。 (はいの場合 / / 頃) → 現在治療中 ・ 治療していない	はい いいえ	
8 現在、ステロイド剤(内服)、免疫抑制剤や副腎皮質ホルモン剤など、特別な薬の投与を受けていますか。	はい いいえ	
9 ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。() 歳頃 そのときに熱が出ましたか。	はい いいえ	
10 薬や食品(ゼラチン、鶏卵、鶏肉など)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	
11 近親者に先天性免疫不全と診断されている方がいますか。	はい いいえ	
12 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。 予防接種名()	はい いいえ	
13 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方がいますか。	はい いいえ	
14 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 いいえ	
15 【女性の方へ】現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか。 (注)妊娠中の方は生ワクチン(経鼻)は接種できません。また、接種後2か月は妊娠を避ける必要があります。	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(実施できる・見合わせたほうがよい)と判断します。 保護者または接種を受ける本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。 [生ワクチン(経鼻)の場合]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ました。		
医師署名又は記名押印		

【保護者・被接種者等記入欄(自署欄)】どちらかに☑を入れてください

☐ 保護者又は代理人(同伴者)が同伴する場合・被接種者が16歳以上の場合
任意接種予防ワクチン接種費用の助成を申請します。
また、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、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で接種すること、及びこの予診票の目的が予防接種の安全性の確保であることを理解の上、本予診票が区に提出されることに同意します。
保護者(被接種者が16歳以上の場合は本人)又は同伴者署名

☐ 被接種者が13～15歳で保護者が同伴しない場合
任意接種予防ワクチン接種費用の助成を申請します。
また、予防接種説明書を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解し、接種の際には、接種する方の病歴・健康状態・接種当日の体調等を考慮すること、及びこの予診票の目的が予防接種の安全性の確保であることを理解の上、本予診票が区に提出されることに同意します。
保護者自署 緊急の連絡先

使用ワクチン	
不活化ワクチン	生ワクチン(経鼻)
Lot No.	Lot No.
(注)有効期限が切れていないか要確認	(注)有効期限が切れていないか要確認
接種量(どちらかにチェック)	接種量
☐ 3歳以上 0.5ml	2歳以上 0.2ml
☐ 3歳未満 0.25ml	(各鼻腔0.1ml噴霧)
接種部位(どちらかに囲み)	接種部位
左(皮下)	
上腕 ・ 大腿	鼻腔内噴霧
右	

実施場所・接種医師名	
実施機関名・住所・電話番号	
〒144-0052 東京都大田区蒲田4-1-1 2階	
てらお耳鼻咽喉科	
寺 尾 元	
Tel 03-3734-4133 Fax 03-6715-8585	
接種医師名	
接種年月日	(西暦) 年 月 日