

神戸市 予防接種申込書及び予診票 (定期及び行政措置予防接種用)

※この予診票は大切なものです。あてはまる箇所に○をして詳細を記入し、裏面の自署欄に署名してください。

記入日	令和 年 月 日			診察前の体温	度 分
本日、予防接種を受ける人は神戸市民ですか。はい・いいえ → いいえの場合、接種券は使用できません。					
住民登録の住 所	神戸市 区 町 通 丁目 番 号 ☎ (- -)				
受ける人	氏名	フリガナ	男・女	保護者の氏名	
	生年 月日	大正・昭和 平成・令和	年 月 日 (接種日時点: 歳 か月)	つれてきた人 の氏名 (保護者と異なる場合)	※16歳未満の方の接種には、原則、保護者の同伴が必要です。ただし、接種を受ける人が満13歳以上で保護者の同意を保護者自署欄で確認できた場合は、同伴を要しません。
本日希望する予防接種に ○印をつけてください (複数を希望される場合は、 全ての予防接種に ○印をつけてください。)		1. ヒブ 2. 小児肺炎球菌 3. BCG 4. 不活化ポリオ(IPV) 5. ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ(DPT-IPV) 6. 麻疹・風疹混合(MR) 7. 麻疹(はしか) 8. 風疹 9. 水痘(水ぼうそう) 10. 日本脳炎 11. ジフテリア・破傷風(DT) 12. ジフテリア・百日咳・破傷風(DPT) 13. インフルエンザ 14. 破傷風 15. おたふくかぜ ※B型肝炎・ロタウイルスについては別途質問項目があります。神戸市定期接種用もしくはワクチンごとの任意接種用予診票を使用して下さい。			
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、神戸市から配布されている「予防接種と子どもの健康」、母子健康手帳についている説明書(予防接種券綴り)または、ワクチンに関する説明のリーフレットを読み、予防接種の効果や副反応について理解しましたか。				はい	いいえ
2. お子さまの発育歴についておたずねします。 出生体重()グラム 出産時、出生後、乳幼児健診などで異常があると言われたことがありますか。				ない	ある
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状()				いいえ	はい
4. 母子健康手帳等の記録を確認してお答えください。4週間以内に予防接種を受けましたか。 →「はい」の方はワクチン名()接種日 年 月 日 ※注射生ワクチン同士の接種は、27日以上の間隔をあける必要があります(4週間後の同じ曜日から接種可)。 ※インフルエンザを除く予防接種と新型コロナワクチンの接種は、13日以上の間隔をあける必要があります(2週間後の同じ曜日から接種可)。 ※インフルエンザワクチンと新型コロナワクチンの接種間隔の規定は廃止されたため、間隔の制限はなく、同時接種も可能です。				いいえ	はい
5. 今まで受けた予防接種で、具合が悪くなったりことがありますか。 (その種類)				ない	ある
6. (1) 今、何かの病気でお医者さんにかかりていますか。 また、1か月以内に病気にかかりましたか。 病名{ 麻疹(はしか)、風疹、水痘(水ぼうそう)、おたふくかぜ、ヘルパンギーナ、手足口病、突発性発疹、その他病名()} (かかったのは 年 月 日) (2) 今、何か薬を飲んでいますか。 (3) 今、発疹など皮膚の病気がありますか。 (4) (BCGの場合)上腕(肩~肘)に何か薬を塗っていますか。薬品名()				いいえ いいえ いいえ いいえ	はい はい はい はい
7. (1) 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りありますか。 (薬品名・食品名) (2) ぜんそくや鼻アレルギーがおこったり、発疹やじんましんのできやすいほうだと思いますか。 (3) たまごを食べて皮膚に発疹やじんましんが出たり、下痢、呼吸困難、ショックをおこしたことがありますか。				いいえ いいえ いいえ	はい はい はい

8. (BCG の場合) 生まれてから今までに家族や遊び仲間に結核にかかった方がいましたか。	いいえ	はい	
9. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。 (1) そのとき熱が出ましたか。(度 分くらい) (2) ()年頃までに()回くらいおこした。	いいえ いいえ	はい はい	
10. 今までに心臓、腎臓、肝臓、脳神経、先天性異常、免疫不全症、血液、発育障害の病気、 血が止まりにくくなる病気、その他重い病気にかかったことがありますか。 あれば病名()かかったのは(年 月頃) 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言われましたか。	いいえ はい	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はいますか。	いいえ	はい	
12. 1か月以内に家族や周囲の人に麻しん(はしか)、風しん、水痘(水ぼうそう)、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。 病名()	いいえ	はい	
13. 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか。	いいえ	はい	
14. 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか。 ※ガンマグロブリンは、血液製剤の一品で、川崎病や重症の感染症の治療に使用されることがあります。この注射を3~6か月以内に受けた方は予防接種の効果が十分に出ないことがあります。	いいえ	はい	
15. 今日の予防接種について質問がありますか。	いいえ	はい	
16. 女性の場合、今妊娠している可能性(生理が遅れている等)がありますか。 ※すべての生ワクチン<麻しん(はしか)、風しん、麻しん・風しん混合(MR)、水痘(水ぼうそう)、おたふくかぜ>は妊娠中の接種はできません。また、生ワクチンは接種前約1か月間と接種後約2か月間の避妊が必要です。	いいえ	はい	
【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。			

医師署名又は記名押印

【被接種者記入欄】 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。
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。このことを理解の上、本予診票が神戸市に提出されることに同意します。

被接種者又は保護者自署

※被接種者(接種を受ける人)が16歳未満の場合は保護者自署

今日接種した予防接種の種類			接種部位	使用ワクチン・接種量		
				製造所名/LotNo.	有効期限 (期限切れ注意)	接種量
				※記入もしくはワクチンシール貼付		
<input type="checkbox"/> ヒブ	1・2・3回目・追加	左上腕・右上腕・その他()			ml	
<input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌	1・2・3回目・追加	左上腕・右上腕・その他()			ml	
<input type="checkbox"/> BCG	—	左上腕・右上腕(左上腕にできない場合)			所定のスポットで一滴	
<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ(IPV)	1・2・3回目・追加	左上腕・右上腕・その他()			ml	
<input type="checkbox"/> 四種混合(DPT-IPV)	1・2・3回目・追加	左上腕・右上腕・その他()			ml	
<input type="checkbox"/> 麻しん・風しん混合	1期・2期	左上腕・右上腕・その他()			ml	
<input type="checkbox"/> 麻しん(単抗原)		左上腕・右上腕・その他()			ml	
<input type="checkbox"/> 風しん(単抗原)		左上腕・右上腕・その他()			ml	
<input type="checkbox"/> 水痘	初回・追加	左上腕・右上腕・その他()			ml	
<input type="checkbox"/> 日本脳炎1期	1・2回目・追加	左上腕・右上腕・その他()			ml	
<input type="checkbox"/> 日本脳炎2期	—	左上腕・右上腕・その他()			ml	
<input type="checkbox"/> 二種混合(DT)2期	—	左上腕・右上腕・その他()			ml	
<input type="checkbox"/> 三種混合(DPT)1期	1・2・3回目・追加	左上腕・右上腕・その他()			ml	
<input type="checkbox"/> インフルエンザ	1・2回目	左上腕・右上腕・その他()			ml	
<input type="checkbox"/> 破傷風	—	左上腕・右上腕・その他()			ml	
<input type="checkbox"/> おたふくかぜ	—	左上腕・右上腕・その他()			ml	
接種年月日			実施場所・医師名			
令和 年 月 日	(実施場所)		(医師名)			

インフルエンザ予防接種を受ける前にお読みください

予防接種の効果や副反応についてよく理解しましょう。気にかかることやわからないことがあれば、医師に質問し、十分に理解してから接種を受けてください。予診票は、医師が予防接種の可否を決める大切な情報であり、正しく記入してください。

インフルエンザはどんな病気？

インフルエンザは、感染を受けてから1～3日後に、高熱、頭痛、関節痛、筋肉痛、全身倦怠感などの症状が突然あらわれ、咳・鼻水などの風邪と同じような症状が現れます。まれに急性脳症を、高齢の方や免疫力の低下している方では肺炎を伴うなど重症化し、命にかかわる場合もあります。

予防する対策

- ①予防接種を受ける
- ②人混みを避ける
- ③栄養と休養を十分にとる
- ④室温と湿度を適度に保つ
- ⑤手洗いやうがいをする
- ⑥咳やくしゃみは他の人にかかるないようにする（咳エチケット）

ワクチンの効果

ワクチンには、感染を完全に防ぐ効果はありませんが、発病を予防したり、発病しても重症化（肺炎、脳症などの重い合併症が現れること）を防ぐ効果があります。ワクチンは毎年、流行の予測に基づき、4種類（A型2種類、B型2種類）のインフルエンザウイルスに対応するよう国が決定しています。

接種ができる方

生後6か月以上の方で接種できます。一部のワクチンは1歳以上が対象です。接種は義務ではありません。自らの意思で接種を希望している方が対象です。対象者の意思の確認が容易でない場合は、家族またはかかりつけ医の協力を得て、その意思を確認することも差し支えありませんが、明確に対象者の意思を確認できない場合は接種できません。

神戸市による接種費用一部助成の対象となる方

いずれも接種日時点で神戸市に住民登録がある方

	対象となる方	自己負担額
	①65歳以上の方 ②60～64歳で心臓・腎臓・呼吸器の機能、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害を有する方（身体障害者手帳1級または同程度以上の方）	1,500円
定期接種	①または②に該当される方のうち、 生活保護世帯、 市民税非課税世帯、 神戸市発行の公害医療手帳をお持ちの方、 中国残留邦人等支援給付対象者 ※無料となる方の証明書類につきましては、 市ホームページ（右記バーコード参照）または総合コールセンターにてご確認ください。	<p>無料となる場合の 証明書類</p> <p>無料対象の証明書類を 紛失した場合の手続き</p>   自己負担なし (無料)
任意接種	③満1～12歳の方 ③に該当される方のうち、同一世帯に18歳未満の児童が2人以上いる世帯の方	<p>【1回目】 2,000円</p> <p>【1・2回目】 2,000円</p>

他の予防接種を受けている場合の接種間隔

インフルエンザワクチンは不活化ワクチンであり、接種間隔の制限はありません。新型コロナワクチンとの接種間隔の規定は廃止されたため、接種間隔の制限はなく、同時接種も可能です。

予防接種を受けることができない方

- ① 接種当日、明らかに発熱のある方（一般的に、体温が37.5°C以上の場合）
- ② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方
- ③ インフルエンザワクチンに含まれる成分（鶏卵等）によって、アナフィラキシーショック（※）を起こしたことが明らかな方（※通常接種後30分以内に出現する呼吸困難や全身性のじんましん等を伴う重いアレルギー反応のこと）
- ④ その他、医師より不適当な状態と判断された方

接種を受けるときに注意を要する方

- ① 心臓、腎臓、肝臓、血液、発育障害などの基礎疾患がある方
- ② 過去にけいれんの既往がある方
- ③ 過去に免疫不全の診断を受けている方及び近親者に先天性免疫不全症の人がある方
- ④ 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患がある方
- ⑤ インフルエンザワクチンに含まれる成分によって、アレルギーを呈するおそれがある方

接種後の注意事項

- ① 接種後24時間は副反応の出現に注意してください。（特に接種後30分以内）
- ② 接種後1時間を経過すれば、入浴は問題ありませんが、接種部位をこすらないようにしましょう。
- ③ 接種部位を清潔に保ちましょう。過激な運動、大量の飲酒は、接種後24時間は避けましょう。

予防接種の副反応

接種後に接種部位の発赤・痛み・腫れ、発熱・寒気・頭痛・倦怠感などの副反応が出ることがあります。通常2~3日のうちに治ります。また、他の病気が偶然重なって現れることもあります。接種後に高熱やけいれんなどの異常が出現した場合は、速やかに医師の診察を受けてください。重大な副反応として、まれにアナフィラキシーショック（じんましん、呼吸困難など）が現れることもあります。そのほか、接種後数日から2週間以内にけいれん、運動障害、意識障害などの重い症状が現れることもあると報告されており、接種後、体調に変化があった場合は、すぐに接種医にご相談ください。医師の治療を受けた場合の費用は原則、自己負担です。

予防接種健康被害救済制度

接種後に重い健康被害が生じ、入院治療が必要となったり、その後に障害が残ったりした場合には健康被害救済制度の対象となる場合があります。副反応や予防接種健康被害救済制度について不明な点がありましたら、神戸市保健課（電話：078-322-6788/FAX：078-322-6732）にご相談ください。

予防接種を受けない場合

医師が診察を行い、接種に関する説明を十分受けたうえで、接種を実施しなかった場合は、それがいかなる理由であっても、その後、インフルエンザにかかる、あるいはかかって症状が重症化、死亡が発生しても、担当した医師にその責任を求めるることはできません。

① 詳しくは、市ホームページでご確認ください。

神戸市 予防接種 | 

総合コールセンター | 年中無休 8:00~21:00 | 0570-083330 または 078-333-3330 FAX 078-333-3314