

## インフルエンザの予防接種を受ける方へ

日	時	令和	年	月	日
フリガナ					
お名前	(男・女)				
生年月日	昭和・平成・令和・西暦		年	月	日(才)
ご住所	浦安市・その他(市・区)			体温 ℃ 受付時にサーマルカメラに 表示された体温をご記入下さい	
お電話					

質問事項		回答欄	
1	今回の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	2回目
2	予防接種についての説明文を読んでご不明な点はありますか？	はい	いいえ
3	ふだんと違って具合の悪いところがありますか？	はい(具体的に)	いいえ
4	1ヶ月以内に何か病気にかかりましたか？	はい(具体的に)	いいえ
5	現在治療中の病気はありますか？	はい(具体的に)	いいえ
	”はい”の場合主治医に予防接種を受けてよいといわれましたか？	はい	いいえ
6	今まで予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか？	はい(具体的に)	いいえ
7	けいれん(ひきつけ)を起こしたことはありますか？	ある (才頃)	いいえ
8	特別な病気(先天性異常、心臓、肝臓、脳神経系、免疫不全等)などの疾患にかかったことがありますか？ また現在、免疫抑制剤等を使用していますか？	はい(具体的に)	いいえ
9	薬や食品(鶏卵、鶏肉)で皮膚に発疹や蕁麻疹がでたり体の具合が悪くなったことがありますか？	はい(具体的に)	いいえ
10	【ご婦人の方に】現在妊娠していますか？	はい	いいえ
11	ご質問等あればご記入ください		

予防接種の効果や副反応について理解し、接種を希望される方は署名欄にご記入ください(16歳未満の場合は保護者(親権者)名)

署名欄

※ 浦安市子どものインフルエンザ予防接種費用の助成を受ける方  
対象：接種日現在、浦安市に住民登録がある高校生までのお子様

【必要なもの】①母子手帳 ②健康保険証 ③こども医療費助成受給券④現金のみ(¥1,500)

詳細は浦安市のHPでご確認ください→



※ 13歳未満は2~4週間後に2回目の接種が推奨されています(2回目のワクチンのお取り置きはしておりません)