

令和8年度子どものインフルエンザ予防接種予診票点検マニュアル (医療機関向け)

予防接種予診票は、予防接種委託料の支払い根拠資料となり、また健康被害が発生した場合、予防接種による健康被害なのか認定するために必要な書類となります。

13歳未満青色の予診票1枚目・13歳以上緑色の予診票について

請求用を医師会に提出すること

令和8年度 港区子どものインフルエンザワクチン任意接種予診票 港区民のみ 請求用

令和8年度の記載になっているか確認

HAワクチン(皮下注射) 4,500円助成
フルミスト(鼻腔噴霧) 9,000円助成
いずれか一方選択(差額自己負担)

HAワクチン(皮下注射) 1回目
または
フルミスト(鼻腔噴霧)

港区外に転出した場合、この予診票は使用できません。
予診票の有効期間は令和8年10月1日から令和9年1月31日までです。

受ける人の氏名
生年月日 (満 歳 月 日) 性別 該当に ☐ 生後6か月～13歳未満

HAワクチン(皮下注射) か
フルミスト(鼻腔噴霧) どちらか
接種する方に「☐」
つけてください。

☐ HAワクチン(皮下注射)
1回目

生後6か月から13歳未満の方で、
HAワクチン(皮下注射)を選択した
場合は2回目の接種まで助成します。
(13歳未満で1回目を接種し2回目
が13歳になった場合も対象)

☐ フルミスト(鼻腔噴霧)
2歳以上

フルミストを選択した場合、
1回の接種で完了となりま
す。2回目としてHAワク
チンを接種することはでき
ません。

下の太枠内の質問項目は、
医療機関が記入するものであり、
港区民が記入するものではありません。

問 題 項 目	回 答 欄	医師記入欄
1 今日受ける予防接種について区から配られているお知らせを読みましたか。	いいえ	はい
2 発熱歴についておたずねします。	分岐時に異常がありましたか。	はい
出生体重 ()g	出生後に異常がありましたか。	はい

記入もれがないか確認ください
保護者署名欄に、保護者(又は同
伴者)の氏名があるか
(接種を受けるお子さんの名前
を誤って書いていないか)

接種を受ける人が16歳以上の場
合は、
接種を受ける本人が署名をして
いるか

HA ワクチンかフルミストいずれか接種する方にチェック
(同一年度内に費用助成できるのは、いずれか1種類のワクチンのみです)

【HA ワクチン】

★1回目の接種日までに誕生日を迎え13歳に到達した方の助成は原則1回です。

★13歳未満で1回目の接種を行った場合は、青色の予診票2枚目(HA ワクチン2
回目専用)を使用できます。

【フルミスト】

★2歳未満は接種できません。

★フルミストを接種する場合は、13歳未満に送付している青色の予診票2枚目(HA
ワクチン2回目専用)は使用できません。

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は、()実施
保護者又は接種を受ける者が16歳以上の場合は本人に対して、予
診票の裏面に記載されている「同意書」を記入し、接種を受けること
に同意する旨を記載し、接種を受けること。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(接種者が16歳以上の場合は本人又は代理人署名) 連絡先(携帯)

接種者が13～15歳で保護者が同伴しない場合
インフルエンザワクチンを受けるにあたっての副作用を説明し、接種を受けること。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(携帯)

使用済ワクチン
Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認

HAワクチン ☐ 0.25ml (生後6か月から3歳未満)
☐ 0.5ml

フルミスト ☐ 0.2ml (2歳以上)
(各鼻腔内に0.1mlを1噴霧)

実施場所・医師名・接種年月日

医師名

接種年月日 (西暦) 年 月 日

6か月以上～13歳未満予診票(青)

13歳以上～高校3年生相当年齢予診票(緑)

接種年月日
9月24日～1月31日 以外は不可

令和8年10月1日現在

13歳未満の方には「青色」の予診票2枚(2枚目はHA2回目専用)

13歳以上の方には「緑色」の予診票を1枚 送付しています

鉛筆や消せるボールペンは使用できません。

13歳未満青色の予診票2枚目（HA ワクチン2回目専用）について

※13歳未満で1回目の接種を HA ワクチンで接種された人しか使用できません！

※この予診票を使用してフルミスト（経鼻噴霧）は接種できません！

※質問事項が異なるため、この予診票を書き換えてフルミストは接種できません！

令和8年度 港区子どものインフルエンザワクチン任意接種予診票 港区民のみ 請求用

HAワクチン(皮下注射)
4,500円助成(差額自己負担)

HAワクチン(皮下注射) 2回目専用
この予診票でフルミストは接種不可。

港区外に転出した場合、この予診票は使用できません。
予診票の有効期限は令和8年10月1日から令和9年1月31日までです。

受ける人の氏名

生年月日 (満 歳 か月) 性別 該当に ☒ 生後6か月～13歳未満 ☐ 13歳以上

HAワクチン1回目(同年度)の接種年月日をご記入ください。

HAワクチン(皮下注射) 2回目 (西暦) 年 月 日

HAワクチン(皮下注射) 1回目接種日(同年度) (西暦) 年 月 日

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。

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区から配られているお知らせを読みましたか。	はい ☐ いいえ ☐	はい ☐ いいえ ☐
2 発育歴について 出生体重 () 乳児健診で異常があったといわれたことがありますか。	はい ☐ いいえ ☐	はい ☐ いいえ ☐
3 今日、体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いてください。()	はい ☐ いいえ ☐	はい ☐ いいえ ☐
4 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 ☐	はい ☐ いいえ ☐
5 1か月以内に家族や遊び仲間などに麻疹、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。	はい ☐ いいえ ☐	はい ☐ いいえ ☐
6 予防接種名 () 接種日 ()	はい ☐ いいえ ☐	はい ☐ いいえ ☐
7 腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症など、特別な薬の投与を受けていますか。病名 ()	はい ☐ いいえ ☐	はい ☐ いいえ ☐
8 前回の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい ☐ いいえ ☐	はい ☐ いいえ ☐
9 など、特別な薬の投与を受けていますか。	はい ☐ いいえ ☐	はい ☐ いいえ ☐
10 ありますか。() 歳頃	はい ☐ いいえ ☐	はい ☐ いいえ ☐
11 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 ☐	はい ☐ いいえ ☐
12 ありますか。	はい ☐ いいえ ☐	はい ☐ いいえ ☐
13 ありましたか。	はい ☐ いいえ ☐	はい ☐ いいえ ☐
14 ありますか。	はい ☐ いいえ ☐	はい ☐ いいえ ☐

保護者または接種を受ける者が満16歳以上の場合は本人に対して、予防接種の効果、副反応及び独立行政法人医薬品医療機器総合機構法による「医薬品副作用被害救済制度」に基づく救済になる場合などについて、説明をしました。

医師署名又は記名押印

【保護者又は被接種者記入欄(自署欄)】どちらかに○をつけてください

☐ 保護者又は代理人(同伴者)が同伴する場合・被接種者が満16歳以上の場合
医師の診断・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、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法による「医薬品副作用被害救済制度」に基づく救済になる場合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(被接種者が満16歳以上の場合は本人)又は代理人署名 連絡先(携帯)

☐ 被接種者が満13～15歳で保護者が同伴しない場合
インフルエンザワクチンを受けるにあたっての説明書を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法による「医薬品副作用被害救済制度」に基づく救済になる場合などについて理解し、接種を受ける方の病歴・健康状態・接種当日の体調等を考慮した上で、接種することに同意します。また、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(携帯)

使用ワクチン

Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認

実施機関名・住所・電話番号

HAワクチン ☐ 0.25ml (生後6か月から3歳未満) 医師名

(皮下注射) ☐ 0.5ml

接種年月日 (西暦) 年 月 日

接種年月日
9月24日～1月31日 以外は不可

鉛筆や消せるボールペンは使用できません。