

(資料3)

新型インフルエンザワクチン接種 事業について(案)

- ・現在、検討中の案であり、地方公共団体において早急に準備を進めていただく観点から提示するもの。
- ・今後、地方公共団体からのご意見等を踏まえ、変更する場合がある。

(1) 接種協力医療機関の確保等について(案)

ア 現在の接種事業に係る契約の解除

国は、新型インフルエンザワクチン接種事業に基づき、現在、国とワクチンの接種等に関する委託契約を締結している医療機関について、平成22年9月30日をもって、契約を解除する。

【具体的な事務】

- ①国は、現在実施している新型インフルエンザ予防接種事業を終了する旨を厚生労働省ホームページに掲載するとともに、都道府県及び都道府県医師会に連絡する。
- ③都道府県は、新型インフルエンザ予防接種事業が終了された旨を市町村に連絡する。
- ④都道府県医師会は、新型インフルエンザ予防接種事業が終了された旨を郡市医師会に連絡する。
- ⑤市町村は、新型インフルエンザ予防接種事業が終了された旨をホームページ等を通じて、管下の医療機関に周知する。
- ⑥郡市医師会は、新型インフルエンザ予防接種事業が終了された旨をホームページ等を通じて、管下の医療機関に周知する。
- ⑦市町村は、10月1日からの新たな接種協力医療機関を確保に関する協議の際に、新型インフルエンザ予防接種事業を終了する旨をあらかじめ周知する。

イ 新型インフルエンザワクチン接種事業(10月1日から新臨時接種開始まで)における接種医療機関の確保及び契約の締結

(ア) 接種医療機関の確保

市町村は、昨年度のワクチン接種事業の委託契約医療機関及び接種の状況並びにこれまでの予防接種法による定期接種の実施に基づく委託契約医療機関及び接種の状況等を勘案し、今年度における新型インフルエンザワクチンの接種が、高齢者以外の者に対しても接種を実施することとなることを踏まえ、10月以降及び新臨時接種開始後の新型インフルエンザワクチンの接種が円滑に実施できるよう、医療機関(診療科)の不足、偏在がないか等について考慮しつつ、郡市医師会その他医療関係団体等関係機関と協議、調整の上、新たに接種協力医療機関を確保する。

【具体的な事務処理】

- ①市町村は、新たな接種医療機関を確保するため、郡市医師会及び医療関係団体等関係機関と協議及び調整を行う。
- ②郡市医師会及び市町村は、管下の医療機関と調整を行い、接種協力医療機関を確保する。
- ③市町村は、接種協力医療機関についてリストを作成し、郡市医師会に通知するとともに、都道府県を通じて国に報告する。

(イ) 契約の締結

国は、市町村が取りまとめた接種協力医療機関について、医師会又は市町村の取りまとめのもと、10月1日までに、ワクチンの接種等に関する委託契約を締結する。

※市町村が行う二類定期接種に係る医療機関との契約における事業の始期については、今般の国が行う契約の始期である10月1日からとする。

① 医師会が取りまとめる医療機関との委託契約の締結

- ① 市町村が確保した接種協力医療機関のうち、郡市医師会の取りまとめのもとでの委託契約の締結を希望する医療機関は、委任状を作成し、郡市医師会に送付する。
- ② 郡市医師会は、医療機関のリストを作成し、当該リスト及び委任状を都道府県医師会に送付する。
- ③ 都道府県医師会は、リストを取りまとめの上、契約書を作成し、リストを添付した上で、国に送付する。
- ④ 国は、契約書に記名・捺印の上、当該契約書の写しを都道府県医師会に送付する。
- ⑤ 都道府県医師会は、契約の締結が完了した旨を、郡市医師会を通じて、各医療機関に周知する。
- ⑥ 国は、リストを作成し、都道府県及び市町村に送付する。

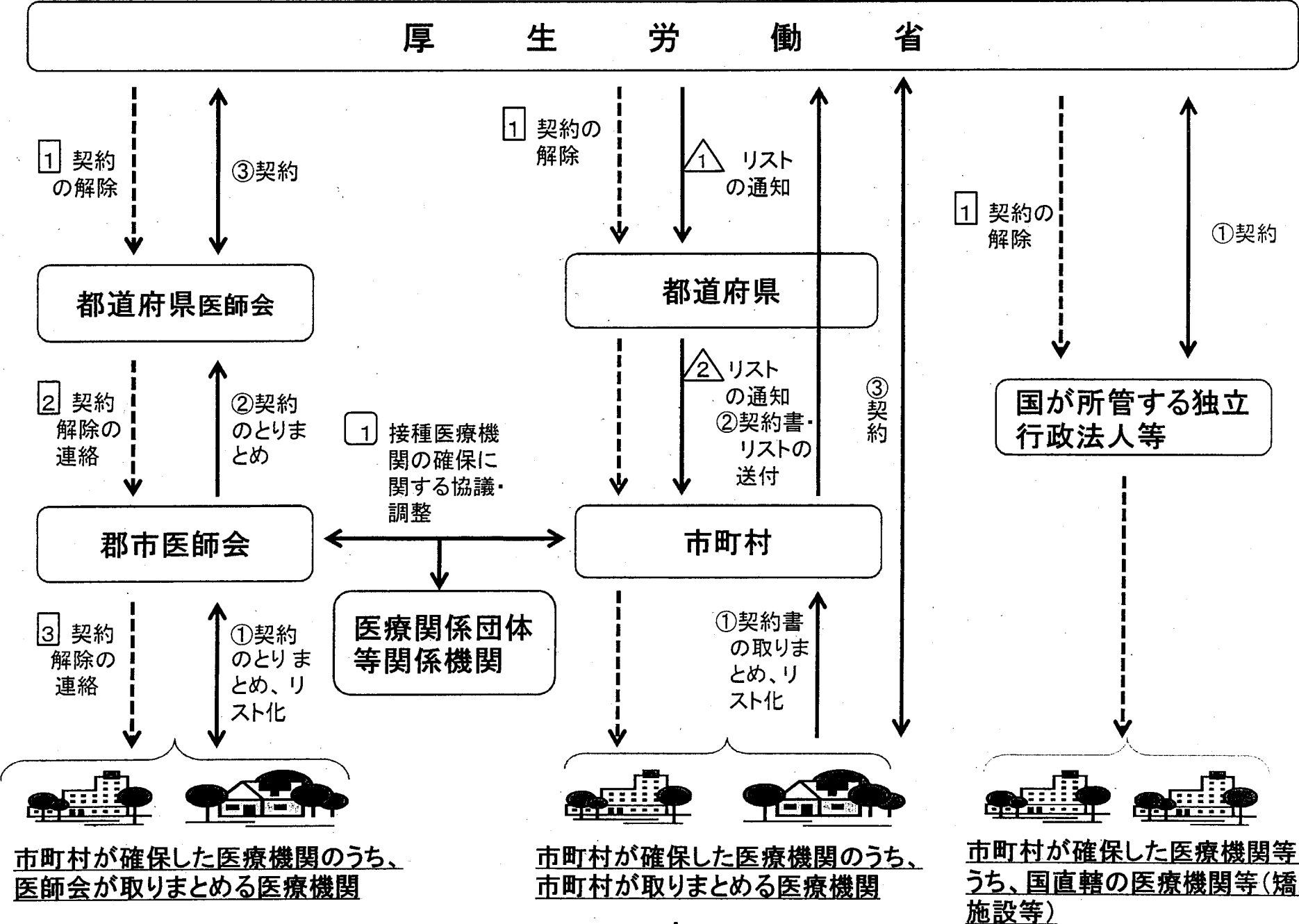
② 市町村が取りまとめる医療機関との委託契約の締結

- ① 確保した接種協力医療機関のうち、医師会による契約の締結を行わない医療機関が、国との委託契約の締結を希望する場合には、契約書を作成し、市町村に送付する。
- ② 市町村は、送付されてきた契約書を取りまとめ、リストを作成の上、国へ送付する。
- ③ 国は、契約書に記名・捺印等の上、当該契約書の写しを、都道府県及び市町村を經由して、委託契約を締結した各医療機関に送付する。
- ④ 国は、リストを作成し、都道府県及び市町村に送付する。

③ 所定の独立行政法人等が取りまとめる医療機関との委託契約の締結

- ① 市町村が確保した接種協力医療機関等のうち、国が所管する独立行政法人等に属する医療機関であって、上記による契約の締結を行わない医療機関等については、別途、厚生労働省と協議の上、契約を締結することとする。
- ② 国は、リストを作成し、都道府県及び市町村に送付する。

※ --> は現行事業、-> は新たな事業



ウ 新型インフルエンザワクチン接種事業から新臨時接種に移行する場合における接種医療機関の確保及び委託契約の締結について

(ア) 新型インフルエンザワクチン接種事業(10月1日～新臨時接種開始前まで)に係る契約の解除

国は、新型インフルエンザワクチン接種事業に基づき、10月1日以降、国とワクチンの接種等に関する委託契約を締結している医療機関について、改正予防接種法に基づく新臨時接種の指示により示された接種開始日の前日をもって、契約を解除する。

(イ) 接種医療機関の確保及び委託契約の締結

10月1日からの新型インフルエンザワクチン接種事業の開始に当たり確保した医療機関を対象に、これまで予防接種法に基づく定期接種を実施に係る委託契約の方法等を踏まえ、新たに市町村が当該医療機関と契約を締結するものとする。

(2) 接種費用の設定について(案)

接種費用の設定

市町村は、原則、新型インフルエンザワクチン接種事業における低所得者に対する接種費用の助成に係る国庫補助基準額の範囲内で、当該市町村に所在する医療機関において接種する場合の接種費用を設定する。

ただし、従来から実施している季節性インフルエンザワクチン接種における接種費用との整合性を勘案し、市町村の判断により、上記基準額と異なる接種費用の設定は可能とする。

なお、国が提示する国庫補助基準額を上回る接種費用設定により、市町村の超過負担が生じないよう、厚生労働省として、上記内容について、社団法人日本医師会に申し入れている。

国への報告

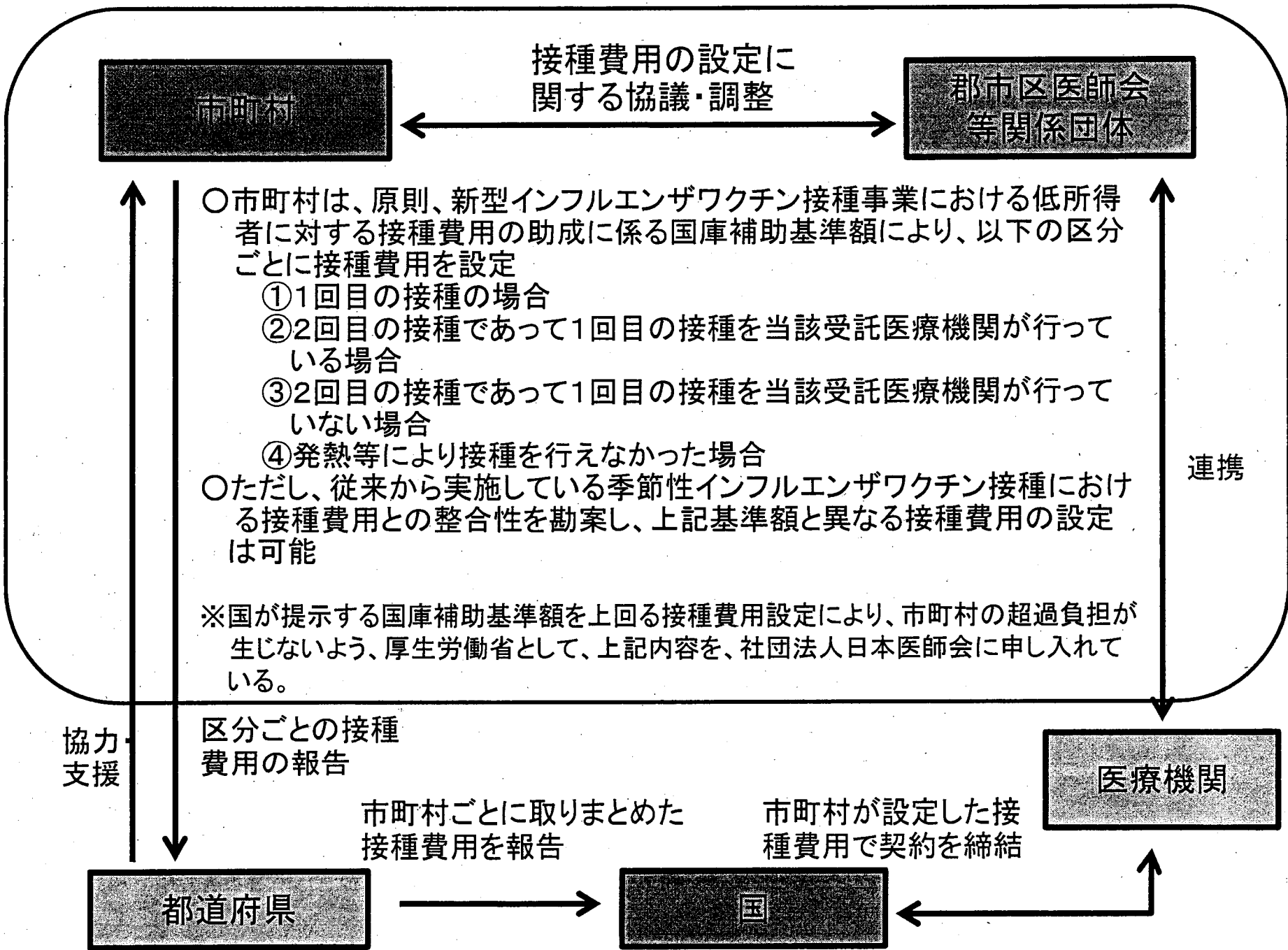
市町村は、それぞれの区分に応じて設定した接種費用の額について、都道府県を經由して、国に報告する。

協議

市町村は、接種費用を設定する場合、郡市医師会その他の団体等関係機関と十分な協議を行う。

協力・支援

都道府県は、市町村が接種費用を設定するに当たり、必要な協力及び支援を行う。



(3) ワクチンの接種について(案)

接種対象者

- 接種対象者は、全国民とする。
- なお、1歳未満の者については、接種を行っても十分な免疫をつけることが困難であると考えられる。ただし、保護者が、有益性とリスクを十分に考慮した上で、強く希望する場合は、接種を行うことを妨げるものではない。

優先接種対象者及び接種スケジュールの設定

- インフルエンザHAワクチンの製造及び確保の状況等から、10月1日から開始される新型インフルエンザワクチン接種事業及び予防接種法に基づく新臨時接種においては、優先接種対象者及び接種スケジュールは設定しない。

接種の場所

- 厚生労働大臣と新型インフルエンザワクチンの接種等に係る契約を締結した医療機関で行う個別接種を原則とする。
- 接種が円滑に行われるよう、市町村が、接種の状況及び地域分布等を踏まえ、事故防止対策及び副反応対策等一定の安全性の要件を満たした上で、保健所、保健センター等の都道府県や市町村が設置する施設等の利用を確保し、受託医療機関が当該施設等を活用し、集団的接種を実施することは差し支えない。
- 国と医療機関との接種等の委託契約において、受託医療機関は予防接種済証の交付等を除く委託業務は自ら行うものとし、国と事前に協議し了解を得ている場合※を除き、他の者へ、その実施を再委託することはできないことから、集団的接種を実施する場合においても、予診及びワクチン接種等は受託医療機関の医師等が行うものとする。
※予診又はワクチンの接種等を受託医療機関以外が実施する場合は、国と事前に協議し了解を得た上で、事故等の発生時の責任を明確にするため、当該医療機関から再委託を受けることとする。
※再委託をする場合は、委託契約に基づき、受託医療機関が事前に国と協議することとされているが、市町村等地方公共団体に再委託する場合は、事前に協議し了解を得ているものとし、協議は省略して差し支えない。

接種の方法

	対象	接種回数	接種量	注射方法
インフルエンザHAワクチン〈3価ワクチン〉	1歳未満の者	2回	0.1ml	上腕伸部に皮下接種
	1歳以上6歳未満の者	2回	0.2ml	上腕伸部に皮下接種
	6歳以上13歳未満の者	2回	0.3ml	上腕伸部に皮下接種
	13歳以上の者	1回	0.5ml	上腕伸部に皮下接種
A型インフルエンザHAワクチン(H1N1株)〈1価ワクチン〉	同上			
アレパンリックス(H1N1)筋注〈GSK社製ワクチン〉	6か月以上1歳未満の者	1回	0.25ml	大腿前外側部に筋肉内接種
	1歳以上10歳未満の者	1回	0.25ml	上腕三角筋部に筋肉内注射
	10歳以上の者	1回	0.5ml	上腕三角筋部に筋肉内注射

※高齢者には、季節性インフルエンザ、新型インフルエンザ(A/H1N1)の両方に対するインフルエンザHAワクチン〈3価ワクチン〉の接種が原則となる。

※インフルエンザHAワクチン〈3価ワクチン〉及びA型インフルエンザHAワクチン(H1N1株)〈1価ワクチン〉を13歳以上の基礎疾患を有する者に接種する場合にあって、接種対象者が著しく免疫反応が抑制されている場合は、医師の判断により2回接種としても差し支えない。

※インフルエンザHAワクチン〈3価ワクチン〉及びA型インフルエンザHAワクチン(H1N1株)〈1価ワクチン〉を13歳未満の者に2回接種する場合の接種間隔は、1週間から4週間(4週間おくことが望ましい)の間隔をおくものとする。

※いずれも平成22年7月28日時点の状況であり、今後変更される可能性がある。

予診票

- 予防接種法に基づく二類定期接種の対象者に対しては、二類定期接種に用いている予診票を使用して差し支えない。
- 上記以外の者に対しては、別添に示すそれぞれの区分に応じた様式を用いることを原則とする。
- 留意事項
 - ・市町村は、接種対象者や医療機関の利便性等を踏まえ、新臨時接種が開始された以降も同様の様式が使用できるよう、新型インフルエンザ接種事業開始時から自ら予診票を作成することは差し支えない。
 - ・その場合にあっては、接種対象者が全国民であること、接種できるワクチンが複数あり、接種希望者が接種されるワクチンの有効性及び安全性等を認識し同意した上で接種が受けられること等に配慮する。
 - ・低所得者に対する費用負担措置を講じるために必要な文章等を追記することは差し支えない。
 - ・新型インフルエンザワクチン接種事業実施時には、予診票は、厚生労働省HPからダウンロードする。

予防接種済証の交付

- 予防接種後は、別添に示す新型インフルエンザ予防接種済証を交付するものとする。
- 乳児又は幼児については、予防接種済証の交付に代え、母子健康手帳に予防接種の種類、接種年月日、その他証明すべき事項を記載する。
- 予防接種済証には受託医療機関名及び代表者名を記載するが、代表名は、接種を行った医師名でも可能とする。
- 予診票は、厚生労働省HPからダウンロードする。

新型インフルエンザ予防接種予診票
〈高校生に相当する年齢以上の者対象〉

診察前の体温 度 分

住所			
受ける人の氏名	男 女	生年月日	明治・大正 昭和・平成 年 月 日
保護者の氏名			(満 歳 カ月)

質問事項	回答欄		医師記入欄
現在、何か病気にかかっていますか。 病名()	はい	いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか。 その病気の主治医には、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	
免疫不全と診断されたことがありますか。	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	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名()	はい	いいえ	
その病気をみ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	
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名()	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に、家族や遊び仲間、インフルエンザ、麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気がありましたか。 (病名)	はい	いいえ	
最近1ヶ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	
新型インフルエンザ又は季節性インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 その際に具合が悪くなったことはありますか。	はい	いいえ	
これまでにインフルエンザ以外の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	
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。 ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。()歳頃 そのとき熱が出ましたか。	はい	いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。	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	

医師の記入欄
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能 ・ 見合わせる)。
本人に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、説明をした。
医師の署名又は記名押印

被接種者の記入欄
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、以下のワクチンの接種を(希望します ・ 希望しません)。
 インフルエンザHAワクチン(3価ワクチン)[国内産ワクチン]
 A型インフルエンザHAワクチン(H1N1株)[国内産ワクチン]
 アレバンリックス(H1N1)筋注[グラクソ・スミスクライン株式会社]
※ 接種するワクチンにチェックしてください。
平成 年 月 日 本人自署

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施場所、医師名、接種年月日
メーカー名		実施場所 医師名
Lot No.		接種年月日 平成 年 月 日

新型インフルエンザ予防接種予診票
〈高校生に相当する年齢以上の者対象〉

診察前の体温 度 分

住所			
受ける人の氏名	男 女	生年月日	明治・大正 昭和・平成 年 月 日
保護者の氏名			(満 歳 カ月)

接種対象者分類	1. 医療従事者(救急隊員含む。) 2. 妊婦 3. 基礎疾患を有する者 4. 1歳未満の小児の両親及び身体的理由により接種が受けられない者の保護者等 5. 高校生に相当する年齢の者 6. 65歳以上の者 7. 1~6以外の者
年齢区分	1. 高校生に相当する年齢の者 2. 高校卒業以上相当~65歳未満の者 3. 65歳以上の者

質問事項	回答欄		医師記入欄
現在、何か病気にかかっていますか。 病名()	はい	いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか。 その病気の主治医には、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	
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ヶ月以内に、家族や遊び仲間、インフルエンザ、麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気がありましたか。 (病名)	はい	いいえ	
最近1ヶ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	
新型インフルエンザ又は季節性インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 その際に具合が悪くなったことはありますか。	はい	いいえ	
これまでにインフルエンザ以外の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	
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。 ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。()歳頃 そのとき熱が出ましたか。	はい	いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。	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	

医師の記入欄
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能 ・ 見合わせる)。
本人に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、説明をした。
医師の署名又は記名押印

被接種者の記入欄
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、以下のワクチンの接種を(希望します ・ 希望しません)。
 A型インフルエンザHAワクチン(H1N1株)[国内産ワクチン]
 アレバンリックス(H1N1)筋注[グラクソ・スミスクライン株式会社]
 乳濁細胞培養A型インフルエンザHAワクチンH1N1[ノバルティス]筋注用[ノバルティス ファーマ株式会社]
※ 接種するワクチンにチェックしてください。
平成 年 月 日 本人自署

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施場所、医師名、接種年月日
メーカー名		実施場所 医師名
Lot No.		接種年月日 平成 年 月 日

新型インフルエンザ予防接種予診票
(小学校6年生以下の者対象)

診察前の体温 度 分

住所			
受ける人の氏名	男 女	生年 月 日	平成 年 月 日
保護者の氏名			(満 歳 カ月)
年齢区分	1. 1歳未満 2. その他の者		

質問事項	回答欄		医師記入欄
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします。 出生体重 ()g 分娩時に異常がありましたか。 出生後に異常がありましたか。 乳幼児検診で異常があると言われたことがありますか。	あった あった ある	なかった なかった ない	
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、その他の病氣にかかり、医師の治療(投薬など)を受けていますか。 病名 ()	はい	いいえ	
その病氣の主治医には、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	
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ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病氣の方がいましたか。 (病名)	はい	いいえ	
最近1ヶ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	
新型インフルエンザ又は季節性インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 その際に具合が悪くなったことはありますか。	はい	いいえ	
これまでインフルエンザ以外の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	
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。 ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。()歳頃 そのとき熱がでましたか。	はい はい はい	いいえ いいえ いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。	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	

医師の記入欄
以上の問診及び診察の結果、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・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、説明した。
医師の署名又は記名押印

保護者の記入欄
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、以下のワクチンの接種を (希望します ・ 希望しません)。
 インフルエンザHAワクチン(3価ワクチン)(国内産ワクチン)
 A型インフルエンザHAワクチン(H1N1株)(国内産ワクチン)
 アレバンリックス(H1N1)筋注(グラクソ・スミスクライン株式会社)
※ 接種するワクチンにチェックしてください。
平成 年 月 日 保護者自署

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施場所、医師名、接種年月日
メーカー名		実施場所 医師名
Lot No.		接種年月日 平成 年 月 日

新型インフルエンザ予防接種予診票
(小学校6年生以下の者対象)

診察前の体温 度 分

住所			
受ける人の氏名	男 女	生年 月 日	平成 年 月 日
保護者の氏名			(満 歳 カ月)
接種対象者分類	1. 基礎疾患を有する者 2. 小児(1歳~就学前) 3. 小学校1年生~小学校3年生 4. 小学校4年生~小学校6年生 5. 1~4以外の者		
年齢区分	1. 小児(1歳~就学前) 2. 小学校1年生~小学校3年生 3. 小学校4年生~小学校6年生 4. 1歳未満		

質問事項	回答欄		医師記入欄
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします。 出生体重 ()g 分娩時に異常がありましたか。 出生後に異常がありましたか。 乳幼児検診で異常があると言われたことがありますか。	あった あった ある	なかった なかった ない	
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、その他の病氣にかかり、医師の治療(投薬など)を受けていますか。 病名 ()	はい	いいえ	
その病氣の主治医には、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	
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ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病氣の方がいましたか。 (病名)	はい	いいえ	
最近1ヶ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	
新型インフルエンザ又は季節性インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 その際に具合が悪くなったことはありますか。	はい	いいえ	
これまでインフルエンザ以外の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	
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。 ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。()歳頃 そのとき熱がでましたか。	はい はい はい	いいえ いいえ いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。	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	

医師の記入欄
以上の問診及び診察の結果、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・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、説明した。
医師の署名又は記名押印

保護者の記入欄
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、以下のワクチンの接種を (希望します ・ 希望しません)。
 A型インフルエンザHAワクチン(H1N1株)(国内産ワクチン)
 アレバンリックス(H1N1)筋注(グラクソ・スミスクライン株式会社)
 乳濁細胞培養A型インフルエンザHAワクチンH1N1「ノバルティス」筋注用(ノバルティス ファーマ株式会社)
※ 接種するワクチンにチェックしてください。
平成 年 月 日 保護者自署

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施場所、医師名、接種年月日
メーカー名		実施場所 医師名
Lot No.		接種年月日 平成 年 月 日

新型インフルエンザ予防接種予診票
(中学生に相当する年齢の者対象:保護者が同伴する場合)

住所		診察前の体温		度 分	
受ける人の氏名	男女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳 月 日)		

質問事項	回答欄		医師記入欄
接種を受ける方の発育歴についておたずねします 生まれたときの体重が少なかったり、出産時、出生後、乳幼児検診などで異常があると いわれたことがありましたか	あった	なかった	
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、医師の治療(投薬など)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よといわれましたか	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ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、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	
最近1ヶ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	
新型インフルエンザ又は季節性インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか その際に具合が悪くなったことはありますか	はい	いいえ	
これまでにインフルエンザ以外の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	
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	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか ()歳頃	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか	はい	いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	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 (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	

保護者の記入欄
上記の質問事項に対し、あなたが記入された回答をもとに、医師が問診や診察を行い、予防接種が可能であると判断した場合、
以下のワクチンを接種することに (同意します ・ 同意しません) ※括弧内のどちらかを○で囲んでください

インフルエンザHAワクチン(3価ワクチン)[国内産ワクチン]
 A型インフルエンザHAワクチン(H1N1株)[国内産ワクチン]
 アドバントリックス(H1N1)筋注[グラクソ・スミスクライン株式会社]
 ※ 接種に同意した場合、接種を希望するワクチンにチェックしてください。(複数可)
 平成 年 月 日 保護者自署

医師の記入欄
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能 ・ 見合わせる)
本人に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、
説明した
医師の署名又は記名押印

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施場所、医師名、接種年月日
メーカー名	ml	実施場所 医師名
Lot No.		接種年月日 平成 年 月 日

新型インフルエンザ予防接種予診票
(中学生に相当する年齢の者対象:保護者が同伴する場合)

住所		診察前の体温		度 分	
受ける人の氏名	男女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳 月 日)		
接種対象者分類	1.基礎疾患を有する者 2.1.以外の者				

質問事項	回答欄		医師記入欄
接種を受ける方の発育歴についておたずねします 生まれたときの体重が少なかったり、出産時、出生後、乳幼児検診などで異常があると いわれたことがありましたか	あった	なかった	
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、医師の治療(投薬など)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よといわれましたか	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ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、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	
最近1ヶ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	
新型インフルエンザ又は季節性インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか その際に具合が悪くなったことはありますか	はい	いいえ	
これまでにインフルエンザ以外の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	
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	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか ()歳頃	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか	はい	いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	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 (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	

保護者の記入欄
上記の質問事項に対し、あなたが記入された回答をもとに、医師が問診や診察を行い、予防接種が可能であると判断した場合、
以下のワクチンを接種することに (同意します ・ 同意しません) ※括弧内のどちらかを○で囲んでください

A型インフルエンザHAワクチン(H1N1株)[国内産ワクチン]
 アドバントリックス(H1N1)筋注[グラクソ・スミスクライン株式会社]
 乳濁細胞培養A型インフルエンザHAワクチンH1N1[ノバルティス]筋注用[ノバルティス・ファーマ株式会社]
 ※ 接種に同意した場合、接種を希望するワクチンにチェックしてください。(複数可)
 平成 年 月 日 保護者自署

医師の記入欄
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能 ・ 見合わせる)
本人に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、
説明した
医師の署名又は記名押印

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施場所、医師名、接種年月日
メーカー名	ml	実施場所 医師名
Lot No.		接種年月日 平成 年 月 日

新型インフルエンザ予防接種予診票
(中学生に相当する年齢の者対象:保護者が同伴しない場合)

住所		診察前の体温		度		分	
受ける人の氏名	男女	生年月日	平成	年	月	日	(満 歳 ヵ月)

質問事項	回答欄		医師記入欄
	あった	なかった	
接種を受ける方の発育歴についておたずねします 生まれたときの体重が少なかったり、出産時、出生後、乳幼児検診などで異常があると いわれたことがありましたか	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、医師の治療(投薬など)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よといわれましたか	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ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、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	
最近1ヶ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	
新型インフルエンザ又は季節性インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか その際に具合が悪くなったことはありませんか	はい	いいえ	
これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありませんか 予防接種の種類()	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 ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか ()歳頃	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか	はい	いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	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	
(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	

保護者の記入欄
上記の質問事項に対し、あなたが記入された回答をもとに、医師が問診や診察を行い、予防接種が可能であると判断した場合、
以下のワクチンを接種することに (同意します ・ 同意しません) ※括弧内のどちらかを○で囲んでください

インフルエンザHAワクチン(3価ワクチン)〔国内産ワクチン〕
 A型インフルエンザHAワクチン(H1N1株)〔国内産ワクチン〕
 アレバンリックス(H1N1)筋注(グラクソ・スミスクライン株式会社)
※ 接種に同意した場合、接種を希望するワクチンにチェックしてください。(複数可)
平成 年 月 日 保護者自署

医師の記入欄
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能 ・ 見合わせる)
本人に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、
説明した
医師の署名又は記名押印

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施場所、医師名、接種年月日
メーカー名	ml	実施場所 医師名
Lot No.		接種年月日 平成 年 月 日

新型インフルエンザ予防接種予診票
(中学生に相当する年齢の者対象:保護者が同伴しない場合)

住所		診察前の体温		度		分	
受ける人の氏名	男女	生年月日	平成	年	月	日	(満 歳 ヵ月)
接種対象者分類	1.基礎疾患を有する者 2.1.以外の者						

質問事項	回答欄		医師記入欄
	あった	なかった	
接種を受ける方の発育歴についておたずねします 生まれたときの体重が少なかったり、出産時、出生後、乳幼児検診などで異常があると いわれたことがありましたか	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、医師の治療(投薬など)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よといわれましたか	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ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、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	
最近1ヶ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	
新型インフルエンザ又は季節性インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか その際に具合が悪くなったことはありませんか	はい	いいえ	
これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありませんか 予防接種の種類()	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 ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか ()歳頃	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか	はい	いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	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	
(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	

保護者の記入欄
上記の質問事項に対し、あなたが記入された回答をもとに、医師が問診や診察を行い、予防接種が可能であると判断した場合、
以下のワクチンを接種することに (同意します ・ 同意しません) ※括弧内のどちらかを○で囲んでください

A型インフルエンザHAワクチン(H1N1株)〔国内産ワクチン〕
 アレバンリックス(H1N1)筋注(グラクソ・スミスクライン株式会社)
 乳濁細胞培養A型インフルエンザワクチンH1N1〔ノバルティス〕筋注用〔ノバルティス・フーマ株式会社〕
※ 接種に同意した場合、接種を希望するワクチンにチェックしてください。(複数可)
平成 年 月 日 保護者自署

医師の記入欄
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能 ・ 見合わせる)
本人に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、
説明した
医師の署名又は記名押印

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施場所、医師名、接種年月日
メーカー名	ml	実施場所 医師名
Lot No.		接種年月日 平成 年 月 日

10 月 1 日 以 降

現 行

新型インフルエンザ予防接種済証

新型インフルエンザ予防接種済証

No. _____

No. _____

被接種者の住所

被接種者の住所

被接種者の氏名

被接種者の氏名

生 年 月 日 年 月 日生

生 年 月 日 年 月 日生

予防接種を行った年月日 平成 年 月 日

接種対象者の範囲 ※該当する接種対象者の範囲を○で囲んでください。

接種回数 1回目 ・ 2回目

医療従事者 ・ 基礎疾患を有する者 ・ 妊婦

※どちらかを「○」で囲んでください。

1歳～小学校3年生 ・ 1歳未満の小児の両親

優先接種対象者のうち身体的な理由により予防接種が受けられない

者の保護者等 ・ 小学4年生～6年生 ・ 中学生

ワクチン名

高校生の年齢に該当する者 ・ 65歳以上の者

メーカー名

上記以外の者

ロット番号

予防接種を行った年月日

接種回数 (1回目 ・ 2回目) ※どちらかを「○」で囲んでください。

接種年月日 平成 年 月 日

ロット番号

メーカー名

平成 年 月 日

受託医療機関名

代表者氏名又は

接種を行った医師名 印

平成 年 月 日

受託医療機関名

代表者氏名

印