

只見町予防接種実施要綱

平成26年9月12日訓令第27号

(目的)

第1条 この要綱は、予防接種法（昭和23年法律第68号。以下「法」という。）の規定に基づき実施する予防接種に関し必要な事項を定める。

(定義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の定義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) 予防接種 法第2条第1項に規定する予防接種をいう。
- (2) A類疾病 法第2条第2項に規定する疾病をいう。
- (3) B類疾病 法第2条第3項に規定する疾病をいう。
- (4) 定期予防接種 法第5条第の規定により実施する定期の予防接種をいう。
- (5) 臨時予防接種 法第6条第の規定により実施する臨時の予防接種をいう。
- (6) 実施医療機関 只見町の要請応じて定期予防接種の実施について委託契約を締結した一般社団法人福島県医師会に加入した医療機関であつて、予防接種の全部又は一部を実施する医療機関をいう。
- (7) 個別接種 実施医療機関において、1年を通して個別的に行う予防接種をいう。
- (8) 集団接種 町が指定した医療機関等において、日時を定め集団的に行う予防接種をいう。

(対象者)

第3条 定期予防接種の対象者は、接種日現在において只見町に住所を有する者とする。

2 前項に掲げる者のほか、町長が適当と認めた者とする。

(定期予防接種の実施)

第4条 定期予防接種の実施は、個別接種及び集団接種により行うものとし、接種の種類、接種対象者及びその接種方法は、別表1のとおりとする。

(臨時予防接種の実施)

第5条 臨時予防接種の実施は、福島県知事から接種対象者及び接種期日又は期間の指示を受け行うものとする。

(接種対象者の確認)

第6条 定期予防接種を行うときは、第4条に定める定期予防接種対象者であることを、予防接種予診票（様式第1号、様式第2号、様式第3号及び第4号。以下「予診票」という。）及び母子保健法（昭和40年法律第141号）の規定により交付された母子健康手帳（以下「母子手帳」という。）により確認するものとする。

(予防接種に関する記録及び予防接種済証の交付)

第7条 定期予防接種を行った際には、母子手帳に予防接種の種類、接種年月日及びロット番号、接種者を記載するものとする。母子手帳を所持しない対象者が予防接種を行った場合には、町長は、予防接種済証（様式第5号）を交付するものとする。

(費用負担)

第8条 A類疾病に係る定期予防接種の接種費用は、全額町が負担するものとする。

2 B類疾病に係る定期予防接種の接種費用は、一部を町が負担するものとし、予防接種の種類、町が負担する額は次の各号のとおりとする。ただし、生活保護法（昭和25年法律第144号）による被保護者については全額町が負担するものとする。

(1) インフルエンザ 接種1回につき1,000円

(2) 高齢者肺炎球菌 3,000円を控除した額

(費用の請求)

第9条 実施医療機関は、定期予防接種を実施したときは、町と一般社団法人福島県医師会との委託契約に基づき、予診票を添付の上、只見町長に請求するものとする。

(助成金等の申請)

第10条 前条の規定にかかわらず、実施医療機関以外の国内の医療機関で定期予防接種を受けた者（町長がやむを得ないと認めるものに限る。）であって、当該定期予防接種に係る町負担金の交付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、定期予防接種負担金交付申請書（様式第6号）に次に掲げる書類を添えて、接種日から起算して1年以内に町長に申請するものとする。

(1) 定期予防接種の費用を支払ったことを証する書類

(2) 町に提出する予診票又は定期予防接種を受けたことを証する書類

(3) その他町長が必要と認める書類

2 負担金の額は、定期予防接種の実施にあたり当該医療機関に支払った額又は接種日の属する年度に町と一般社団法人福島県医師会で契約した単価の額のいずれか低い方の額を上限とする。ただし、B類疾病に係る負担金の額は、第8条第2項に規定する額とする。

3 町長は、第1項の規定による申請があつたときは、速やかにその内容を審査し、負担金の交付の可否を決定し、定期予防接種負担金交付決定通知書（様式第7号）により申請者に通知するものとする。

4 前項の規定により、交付の決定の通知を受けた申請者は、定期予防接種負担金請求書（様式第8号）を町長に提出しなければならない。

第11条 町長は、前2条の規定により委託料及び負担金の請求を受けたときは、口座振込の方法によりこれを支払うものとする。

2 町長は、実施医療機関及び申請者が、虚偽の申請その他不正の手段により、委託料又は負担金の交付を受けたと認めるときは、既に交付した委託料又は負担金の交付の決定を取り消し、その全部又は一部を返還させることができる。

(健康被害の救済措置)

第12条 町長は、定期予防接種又は臨時予防接種を受けた者が、疾病にかかり、障がいの状態となり、又は死亡した場合において、当該疾病、障がい又は死亡が当該定期予防接種と受けたことによるものであると厚生労働大臣が認定したときは、法第16条から第19条に定めるところにより、給付を行うものとする。

(未接種者への接種勧奨)

第13条 町長は、定期予防接種の未接種者に対し、乳幼児健康診査等において母子手帳を確認し、接種を勧めるものとする。

(その他)

第 14 条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、平成 26 年 10 月 1 日から施行する。

(適用の特例)

2 第 9 条の規定は、同条の規定により負担金の交付を受けようとする者であって、この要綱の施行の日前において定期予防接種を実施したものについても適用とする。ただし、水痘及び成人用肺炎球菌の予防接種を除く。

(経過措置)

3 水痘の対象者は、平成 26 年度に限り、別表に掲げる対象者に加え、生後 36 月から生後 60 月未満の者に 1 回接種する。

4 成人用肺炎球菌の対象者は、平成 26 年度から平成 30 年度までの間は、前年度の末日に各 64 歳、69 歳、74 歳、79 歳、84 歳、89 歳、94 歳、99 歳の者（当該年度に 65 歳、70 歳、75 歳、80 歳、85 歳、90 歳、95 歳、100 歳となる者）を対象とし、平成 26 年度に限り、平成 25 年度の末日に 100 歳以上の者（平成 26 年度に 101 歳以上となる者）も対象とする。

(只見町新型インフルエンザ予防接種助成金交付要綱等の廃止)

5 次に掲げる告示等は、廃止する。

(1) 只見町新型インフルエンザ予防接種助成金交付要綱（平成 22 年告示第 95 号）

(2) 只見町高齢者肺炎球菌ワクチン接種補助金交付要綱（平成 23 年訓令第 49 号）

別表 1 (第 4 条関係)

対象者と接種方法

種類		対象者	接種方法
三種混合 ・ジフテリア ・百日咳 ・破傷風	1 期 初回接種	生後 3 月から生後 90 月未満の者	20 日以上、標準的には 20 日から 56 日の間隔をおいて 3 回
	1 期 追加接種	生後 3 月から生後 90 月未満の者で初回接種終了後 6 月以上、標準的には 12 月から 18 月経過した者	1 回
二種混合 ・ジフテリア ・破傷風	2 期	11 歳以上 13 歳未満の者	1 回
麻しん風しん混合 ・麻しん ・風しん	1 期	生後 12 月から 24 月未満の者	1 回
	2 期	5 歳以上 7 歳未満の者であって小学校入学前年度 1 年間の間にある者	1 回
日本脳炎	1 期 初回接種	生後 6 月から生後 90 月未満の者	6 日以上、標準的には 6 日から 28 日までの間隔をおいて 2 回
	1 期 追加接種	生後 3 月から生後 90 月未満の者で初回接種終了後 6 月以上、標準的には 12 月から 18 月経過した者	1 回
	2 期	9 歳以上 13 歳未満の者	1 回
四種混合 ・ジフテリア ・百日咳 ・破傷風 ・ポリオ	1 期 初回接種	生後 3 月から生後 90 月未満の者	20 日以上、標準的には 20 日から 56 日の間隔をおいて 3 回
	1 期 追加接種	生後 3 月から生後 90 月未満の者で初回接種終了後 6 月以上、標準的には 12 月から 18 月経過した者	1 回
結核 (BCG)		1 歳未満の者	1 回
H i b	1 期 初回接種	生後 2 月から生後 60 月未満の者	生後 2 月から生後 7 月に至るまでに開始の場合は 3 回 生後 7 月から生後 12 月に至るまでに開始の場合は 2 回 生後 12 月から生後 60 月に至るまでに開始の場合は 1 回

	1期 追加接種	生後2月から生後60月未満の者で初回接種終了後7月以上、標準的には7月から13月経過した者	1回
--	------------	---	----

種類		対象者	接種方法
小児用肺炎球菌	1期 初回接種	生後2月から生後60月未満の者	生後2月から生後7月に至るまでに開始の場合は3回。ただし、2回目、3回目の接種は、生後24月に至るまでに行うこととし、それを超えた場合は行わない。追加接種は可能。生後7月から生後12月に至るまでに開始の場合は2回。ただし、2回目の接種は生後24月に至るまでに行うこととし、それを超えた場合は行わない。追加接種は可能。生後12月から生後24月に至るまでに開始の場合は1回。
	1期 追加接種	生後2月から生後60月未満の者で初回接種終了後60日以上経過した者	1回
子宮頸がん予防ワクチン		12歳となる日の属する年度の初日から16歳となる日の属する年度の末日までの間にある女子	
インフルエンザ		13歳未満の者	毎年2回
		13歳以上18歳以下の者 65歳以上の者 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身の辺の日常生活行動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者	毎年1回
水痘	1期 初回接種	生後12月から生後36月未満の者	生後12月から生後15月までに1回

	1期 追加接種	生後12月から生後36月未満の者で初回 接種終了後6月から12月経過した者	1回
成人用肺炎球菌		65歳以上の者 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、 腎臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活行動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者	1回

「 予防接種予診票（ ） 只見町

		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 生
保護者の氏名			(満 歳 カ月)				

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか	はい	いいえ	
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	あった あった	なかった なかった	
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	ある	ない	
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カ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
1カ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、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	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ	
1カ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	
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 ()	はい	いいえ	
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	
ひきつけ（けいれん）をお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	
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	
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	
これまでに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 ()	ある	ない	
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	はい	いいえ	
6カ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	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	
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・見合わせた方がよい）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		

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）※かつ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、本予診票が只見町に提出されることに同意します。

保護者自署

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	(皮下接種)	実施場所 医師名
Lot No.	(経口投与)	
(注)有効期限が切れていないか要確認	ml	接種年月日 平成 年 月 日

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6カ月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

ヒトパピローマウイルス予防接種予診票

只見町

	診察前の体温	度 分
住 所		
受ける人の氏名	男	生 年 平成 年 月 日生
保護者の氏名※	女	月 日 (満 歳 カ月)

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
今日受ける予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか	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カ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	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、医師の診察を受けていますか 病名 ()	はい いいえ	
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	
ひきつけ（けいれん）をお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	
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	
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	
これまでに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 ()	ある ない	
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	はい いいえ	
6カ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	はい いいえ	
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）妊娠している方への予防接種には、注意が必要です	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	
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・見合わせた方がよい）と判断します。 保護者（接種を受ける者が既婚者の場合は本人）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。 <p style="text-align: center;">医師署名又は記名押印</p>		

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）※かつ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、本予診票が只見町に提出されることに同意します。

保護者（接種を受ける者が既婚者の場合は本人）自署

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	筋肉内接種	実施場所 医師名
Lot No.		接種年月日 平成 年 月 日
（注）有効期限が切れていないか要確認		

（注）ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6カ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

※ 接種を受ける人が既婚の場合には、当該部分への記載は必要ありません。

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票（保護者が同伴しない場合）

ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種を受けるに当たっての説明

○保護者の方へ：必ずお読みください。

※【予防接種の対象となっている小学6年生～高校1年生に相当する年齢のお子様をお持ちの保護者の方へ】

これまで、お子様の予防接種の実施に当たっては、保護者の同伴が必要となっていました。13歳以上（中学1年生～高校1年生）の方へのヒトパピローマウイルス感染症の予防接種については、保護者のこの予診票の記載事項を読み、理解し、納得してお子様へ予防接種を受けさせることを希望する場合に、この予診票に自ら署名することによって、保護者が同伴しなくてもお子様は予防接種を受けることができるようになりました。

（当日は、この用紙を必ず持参させてください。）

この予診票に署名するに当たっては、接種させることを判断する際に、疑問等があれば、あらかじめ、かかりつけ医や保健所、町の予防接種担当課に確認して、十分理解したうえで、接種させることを決めてからにしてください。

1 ヒトパピローマウイルス（HPV）感染症の症状について

ヒトパピローマウイルスは皮膚や粘膜に感染するウイルスで、100以上の種類に分類されます。これらのうち主に粘膜に感染する種類は、性行為を介して生じる表皮の微少なキズから、生殖器粘膜に侵入して感染するウイルスであり、海外においては性活動を行う女性の50%以上が、生涯で一度は感染すると推定されています。

粘膜に感染するHPVのうち少なくとも15種類は子宮頸がんから検出され、「高リスク型HPV」と呼ばれています。高リスク型HPVの中でも16型、18型とよばれる2種類は特に頻度が高く、海外の子宮頸がん発生の約70%に関わっていると推定されています。また、子宮頸がん以外にも、海外において少なくとも90%の肛門がん、40%の膣がん・外陰部がん・陰茎がんに関わっていると推定されています。その他、高リスク方に属さない種類のもは、生殖器にできる良性のイボである尖圭コンジローマの原因となることが分かっています。

2 予防接種の効果と副反応について

ワクチンの中には、いくつかの種類ヒトパピローマウイルス（HPV）のウイルスの成分が含まれており、予防接種を受けたお子様は、これらに対する免疫を獲得することができます。体内に免疫ができると、HPVに係ることを防ぐことができます。

ただし、予防接種により、軽い副反応がみられることがあります。また、極めて稀ですが、重い副反応がおこることがあります。予防接種後にみられる反応としては、下記のとおりです。

ヒトパピローマウイルスワクチンの主な副反応

主な副反応は、発熱や局所反応（疼痛、発赤、腫脹）です。また、ワクチン接種後に注射による痛みや心因性の反応等による失神があらわれることがあります。失神による転倒を避けるため、接種後30分程度は体重を預けることのできる背もたれのあるソファに座るなどして様子を見るようにしてください。

稀に報告される重い副反応としては、アナフィラキシー様症状（ショック症状、じんましん、呼吸困難など）、ギラン・バレー症候群、血小板減少性紫斑病（紫斑、鼻出血、口腔粘膜の出血等）、急性散在性脳髄炎（ADEM）等が報告されています。

3 予防接種による健康被害救済制度について

○定期の予防接種によって引き起こされた副反応により、医療機関で治療が必要になったり、生活に支障が出るような障がいや残すなどの健康被害が生じた場合には、予防接種法に基づく補償を受けることができます。

○健康被害の程度等に応じて、医療費、医療手当、障害児養育年金、障害年金、死亡一時金、葬祭料の区分があり、法律で定められた金額が支給されます。死亡一時金、葬祭料以外については、治療が終了する又は障がい治癒する期間まで支給されます。

○ただし、その健康被害が予防接種によって引き起こされたものか、別の要因（予防接種をする前あるいは後に紛れ込んだ感染症あるいは別の原因等）によるものなのかの因果関係を、予防接種・感染症医療・法律等、各分野の専門家からなる国の審査会にて審議し、予防接種によるものと認定された場合に補償を受けることができます。

※給付申請の必要が生じた場合には、診察した医師、保健所、町の予防接種担当課へご相談ください。

○保護者の方へ：下記事項をよくお読みください。

上記の内容をよく読み、十分理解し、納得された上でお子様に接種することを決めてください。接種させることを決定した場合は、下記の保護者自署欄に署名してください。（署名がなければ予防接種は受けられません）

接種を希望しない場合には、自署欄には何も記載しないでください。

ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種を受けるに当たっての説明を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性及び予防接種救済制度などについて理解したうえで、子供に接種させることに同意します。

なお、本説明書は、保護者の方に予防接種に対する理解を深める目的のために作成されたことを理解の上、本様式が市町村に提出されることに同意します。

保護者自署

住所

緊急の連絡先

※ 本様式は、ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種において、保護者が同伴しない場合に必要となるものです。お子様が1人で予防接種を受ける場合は必ずこの予診票を提出させるようにしてください。

予診票に保護者の署名がないと予防接種は受けられません。

ポリオ予防接種予診票（乳幼児・小学生対象）

		診察前の体温		度		分	
回数	初回免疫（1回目・2回目・3回目）・追加免疫（4回目）						
住所							
受ける人の氏名	男	生年	平成	年	月	日生	
保護者の氏名	女	月日	(満歳カ月)				

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか	はい	いいえ	
お子さんは、経口生ポリオワクチンの接種を受けたことがありますか	はい	いいえ	
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	あった あった	なかった なかった	
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	ある	ない	
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カ月以内に病気にかかりましたか 病名（ ）	はい	いいえ	
1カ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、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	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ	
1カ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	
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（ ）	はい	いいえ	
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	
ひきつけ（けいれん）をお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	
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	
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	
これまでに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（ ）	ある	ない	
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	はい	いいえ	
6カ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	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	
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・見合わせた方がよい）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		

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）※かつ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、本予診票が只見町に提出されることに同意します。

保護者自署

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	
ワクチン名	皮下接種	実施場所	医師名
Lot No.	m l	接種年月日	平成 年 月 日
製造番号	接種部位		

（注）ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6カ月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

インフルエンザ予防接種予診票（ ）

只見町

		診察前の体温	度	分
住 所				
氏 名				男・女
生 年 月 日	明治・大正・昭和	年	月	日生 (満 歳)

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日のインフルエンザの予防接種について町から配られている説明書を読みましたか	はい	いいえ	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか	はい	いいえ	
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	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もよいと言われましたか	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 具合の悪い症状を書いてください ()	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	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか	はい	いいえ	
①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	
②インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか	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	はい	いいえ	
1カ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	
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	はい	いいえ	
最近1ヶ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	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	
インフルエンザ予防接種希望書 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。（接種を希望します ・ 接種を希望しません） 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、本予診票が町に提出されることに同意します。 平成 年 月 日 被接種者自署 (続柄) (※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)			

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（可能・見合わせる） 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、説明した 医師署名又は記名押印
-------	--

ワクチンロット番号	接種量	個人負担	実施場所・医師名・接種年月日
メーカー名 Lot No. 有効期限	m l	有・無	実施場所： 医師名： 接種年月日：平成 年 月 日

インフルエンザ予防接種済証兼領収書

接種を受けた者	
住所	只見町大字 字 番地
接種日	平成 年 月 日
接種料金	円 領収

インフルエンザ予防接種予診票(乳幼児～小学生)

1回目 2回目

只見町

		診察前の体温	度	分
住 所				
氏 名				男・女
生 年 月 日	明治・大正・昭和	年	月	日生 (満 歳)

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日のインフルエンザの予防接種について町から配られている説明書を読みましたか	はい	いいえ	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生時体重 () 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	あった あった	なかった なかった	
乳幼児健診で異常がありましたか	あった	なかった	
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ヵ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	
1ヵ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜ等の病気の方が いましたか(病名)	はい	いいえ	
1ヵ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	
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)	はい	いいえ	
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	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか	はい	いいえ	
そのとき熱は出ましたか	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	
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	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか	はい	いいえ	
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 予防接種の種類 ()	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人はいますか	はい	いいえ	
6ヵ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			
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

インフルエンザ予防接種希望書 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。(接種を希望します ・ 接種を希望しません)

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、本予診票が町に提出されることに同意します。

平成 年 月 日 被接種者自署 (続柄)

(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

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(可 能 ・ 見合わせる) 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、説明した 医師署名又は記名押印
-------	---

ワクチンロット番号	接種量	個人負担	実施場所・医師名・接種年月日
メーカー名 Lot No. 有効期限	m l	有・無	実施場所： 医師名： 接種年月日：平成 年 月 日

インフルエンザ予防接種済証兼領収書

接種を受けた者	
住所	只見町大字 字 番地
接種日	平成 年 月 日
接種料金	円 領 収

福島県南会津郡只見町長 目黒吉久

予 防 接 種 済 証

被 接 種	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
	住 所	只見町

予 防 接 種	接 種 日	年 月 日
	接種ワクチン	
	接 種 会 場	
	ワクチン会社	
	ロット番号	
	接 種 医 師	
	実 施 者	只見町長

定期予防接種負担金交付申請書

年 月 日

只見町長 様

住所

申請者 氏名

印

電話

只見町予防接種実施要綱第10条第1項の規定により、次のとおり交付申請します。なお、私は、この申請に基づく交付決定に当たり、確認が必要な場合には、接種した医療機関に町が問い合わせすることに同意します。

被接種者氏名 生 年 月 日	続柄	接 種 日	予 防 接 種 名 (回 数)	予防接種 料 金	申請額
年 月 日		年 月 日	(回目)	円	円
年 月 日		年 月 日	(回目)	円	円
年 月 日		年 月 日	(回目)	円	円
年 月 日		年 月 日	(回目)	円	円
年 月 日		年 月 日	(回目)	円	円
助成金額合計					円

注1) 申請書には次の書類を添付してください。

- ① 定期予防接種の費用を支払ったことを証する書類（領収書等）
- ② 町に提出する予診票又は定期予防接種を受けたことを証する書類（母子手帳又は予防接種の記録）

番 号
年 月 日

様

只見町長

印

定期予防接種負担金交付決定通知書

年 月 日付けで申請のありました定期予防接種負担金の交付申請について、
只見町予防接種実施要綱第10条第3項の規定により、次のとおり通知します。

1 交付

被接種者氏名 生年月日	接種日	予 防 接 種 名 (回 数)	交付金額
年 月 日	年 月 日	(回目)	円
年 月 日	年 月 日	(回目)	円
年 月 日	年 月 日	(回目)	円
年 月 日	年 月 日	(回目)	円
年 月 日	年 月 日	(回目)	円
交付金額合計			円

2 不交付

(不交付の理由)

年 月 日

只見町長 様

請求者 住 所

氏 名

印

定期予防接種負担金請求書

請求金額	円
------	---

年 月 日付け 保第 号で交付決定のあった定期予防接種負担金について、上記金額を請求します。

振込先

金融機関名	銀行 農協	本店 支店
預金種別	1 普通 2 当座 （該当する方を○で囲んでください）	
(フリガナ)		
口座名義		
口座番号		