

2025小児インフルエンザ予防接種

予約開始日 令和7年10月14日(火)～なくなり次第終了

接種開始日 令和7年10月20日(月)～なくなり次第終了

小児科: 満6ヶ月(接種時に)～中学3年生が対象

接種日時	月～金曜日 13:30～16:00
実施場所	小児科外来
接種人数	完全予約制
予約方法	電話予約 木曜日 13:00～16:00 当センターの受診歴がない方は火・木の9:00～16:00の間に2階小児科窓口に直接予約を取りにお越してください。

接種
費用

1回目5,750円(税込)

2回目3,300円(税込)

接種
内容

<2回接種の場合>

※他院で1回目接種され当院2回目の場合は5,750円(税込)

※13歳未満は2回接種、13歳以上は1回接種

※1回目から2回目の接種間隔は2週間～4週間あけて接種

その他

予約は来院していただき診察時におとりします。

※お電話での予約受付はしておりません。

ワクチンがなくなり次第終了させていただきます。

噴霧型導入▼

1回のみ接種9,900円(税込)

※ご希望の方は予約時に必ず『噴霧型希望』とお伝えください。

インフルエンザワクチン予診票

〈小学校6年生(12歳)以下の者対象〉

	接種回数	1回目 / 2回目	診察前の体温	度	分
住所					
受ける人の氏名		性別	生年月日		
保護者の氏名		男・女	平成・令和 年 月 日 (満 歳 か月)		

質問事項	解答欄		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。 乳幼児健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、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() その病気の主治医には、今回の予防接種を受けてよいと言われましたか	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か月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、麻疹、風疹、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か月以内に、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がありますか	はい はい	いいえ 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がありますか。 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	
薬や薬品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。 ひきつけ(痙攣)を起こしたことがありますか。 ()歳ごろ その時熱が出ましたか。	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	

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)。 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、説明をした。 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(4価ワクチン)[国内ワクチン] 令和 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	(皮下接種)	実施場所	社会医療法人 淡海医療センター		
lot No.	0.25ml・0.5ml	医師名			
		接種年月日	令和 年 月 日		

インフルエンザワクチン予診票

＜中学生に相当する年齢（13歳以上）の者対象　：　保護者が同伴する場合＞

		診察前の体温	度	分
住所				
受ける人の氏名		性別	生年月日	
保護者の氏名		男・女	平成・令和　年　月　日 (満　歳　か月)	

質問事項	解答欄		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。 生まれた時の体重が少なかったり、出産時、出生後、乳幼児健診などで異常があると いわれたことがありますか。	あった	なかった	
生まれて今までに先天性異常、心臓、腎臓、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。	はい	いいえ	
病名() その病気の主治医には、今回の予防接種を受けてよいと言われましたか	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か月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、麻疹、風疹、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	
病名()			
最近1か月以内に、予防接種を受けましたか。	はい	いいえ	
予防接種の種類()			
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。	はい	いいえ	
その際に具合が悪くなったことがありますか	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がありますか。	はい	いいえ	
予防接種の種類()			
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	
薬や薬品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	いいえ	
ひきつけ(痙攣)を起こしたことがありますか。()歳ごろ	はい	いいえ	
その時熱が出ましたか。	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	
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(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、説明をした。
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(4価ワクチン)[国内ワクチン]
令和 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 社会医療法人 淡海医療センター
lot No.		医師名
		接種年月日 令和 年 月 日

鼻へ噴霧するタイプのインフルエンザワクチン フルミスト[®]点鼻液を接種される方・ 保護者の方へ

【監修】川崎医科大学 小児科学 特任教授 中野 貴司 先生

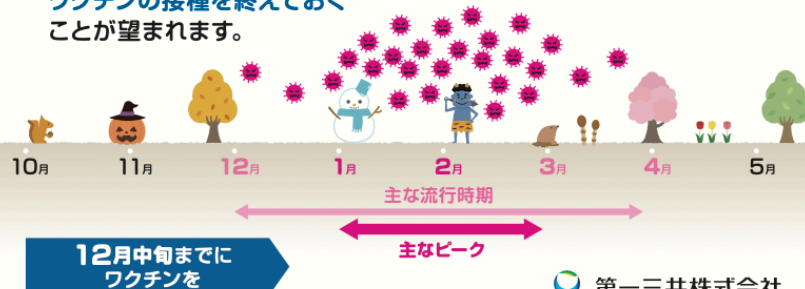
○フルミスト点鼻液はこんなワクチンです

- 日本初となる、鼻へ噴霧するタイプのインフルエンザワクチンです。
- 鼻へ噴霧するため、針を刺す必要がありません。
- 2～18歳の方が対象です。
- フルミスト点鼻液のワクチン接種は、1回分で完了です。
(左右それぞれの鼻へワクチンを噴霧すれば、終わりです)
- フルミスト点鼻液を接種された方は、積極的に吸入(鼻ですする)する必要はありません。
- ワクチン接種後に、鼻水、鼻づまり、せき、のどの痛み、頭痛などの副反応が現れることがあります。まれに、ショックやアナフィラキシーなどの重大な副反応が現れることもあります。いつもと違う体調変化や異常を認めた場合は、速やかに医師にご連絡ください。



○いつ頃からワクチンを接種すればいいの？

- インフルエンザは、例年12月～3月頃に流行し、1月～2月にピークを迎えることが多いので、12月中旬までにインフルエンザワクチンの接種を終えておくことが望まれます。



○フルミスト点鼻液 接種後の注意

- フルミスト点鼻液の接種後30分間は、ショック、アナフィラキシー（蕁麻疹、呼吸困難など）の急な副反応が起こることがあります。医師とすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。



- 接種当日は、入浴しても差し支えありません。
- 接種当日は、いつもの生活をして構いませんが、激しい運動は避けましょう。
- 接種後に熱が出ることがあります。気になる場合は、医師にご相談ください。
(フルミストを接種したことを)
(医師に伝えてください)
- フルミスト点鼻液の接種後1～2週間は、重度の免疫不全者との密接な接触は避けてください。



- 医師が認めた場合は、フルミスト点鼻液と他のワクチンも同時に接種することができます。他のワクチン接種を希望される際は、医師にご相談ください。



医療機関名

社会医療法人 誠光会 淡海医療センター

第一三共株式会社

経鼻弱毒生インフルエンザワクチン(フルミスト点鼻液)の接種をご希望の方へ

経鼻弱毒生インフルエンザワクチン(フルミスト点鼻液)の接種を実施するにあたり、接種を受けられる方の健康状態を把握する必要があります。そのため、裏面の予診票にできるだけ詳しくご記入の上、医師の診察をお受けください。

なお、お子さまの場合、健康状態をよく把握している保護者の方がご記入ください。

ワクチンの効果と副反応

本ワクチンはインフルエンザウイルスを弱毒化した生ワクチンです。接種後に体の中で増えたワクチンウイルスに対する免疫ができ、インフルエンザウイルスの感染を予防します。

一方、本ワクチンの接種に伴う副反応として、鼻閉・鼻漏、咳嗽、口腔咽頭痛、頭痛などがみられることがあります。また重い副反応としてショック、アナフィラキシー(じんましん、呼吸困難、血管性浮腫など)や、海外ではベル麻痺を含む脳神経障害、脳炎、けいれん(熱性けいれんを含む)、ギラン・バレー症候群(手足に力がいらない、しびれ、食べものが飲み込みにくい、呼吸が苦しいなど)、血管炎(発熱、頭痛、倦怠感、紫斑、紅斑など)などが報告されています。

なお、副反応による健康被害が生じた場合の救済については、健康被害を受けた方または家族が独立行政法人 医薬品医療機器総合機構法に基づいて手続きを行うことになります。

詳しくは独立行政法人 医薬品医療機器総合機構のホームページ(<https://www.pmda.go.jp/>)をご覧ください。

予防接種を受けることができない方

- 1) 明らかに発熱している方(通常は37.5℃を超える場合)
- 2) 重い急性疾患にかかっていることが明らかな方
- 3) 過去に本ワクチンに含まれている成分で、アナフィラキシー(通常接種後30分以内に出現する呼吸困難や全身性のひどいじんましんなどを伴う重いアレルギー反応のこと)を起こしたことがある方
- 4) 明らかに免疫機能に異常のある疾患をお持ちの方、免疫抑制をきたす治療を受けている方
- 5) 経口または注射の副腎皮質ホルモン剤を使用している方
- 6) 妊娠していることが明らかな方
- 7) その他、医師が予防接種を受けることが不適当と判断した方

予防接種を受ける際に医師と相談していただく方

- 1) ゼラチン含有製剤またはゼラチン含有の食品に対して、ショック、アナフィラキシー(じんましん、呼吸困難、血管性浮腫など)などの過敏症を起こしたことがある方
- 2) 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患などの基礎疾患のある方
- 3) 過去に予防接種で接種後2日以内に発熱、全身性の発疹などのアレルギーを疑う症状がみられた方
- 4) 過去にけいれん(ひきつけ)を起こしたことがある方
- 5) 過去に免疫状態の異常を指摘されたことのある方、または近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
- 6) 重い喘息のある方または喘鳴の症状のある方
- 7) 薬の服用または食事(鶏卵、鶏肉、その他鶏由来のもの)で発疹が出たり、体に異常をきたしたことがある方
- 8) 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている方
- 9) 妊娠中または妊娠の可能性のある方(接種前1か月間避妊していない方)、授乳中の方
- 10) サリチル酸系医薬品(アスピリンなど)、ジクロフェナクナトリウム、メフェナム酸を服用している方

予防接種を受けた後は以下の点に注意してください

- 1) 接種後は、ショック、アナフィラキシー(じんましん、呼吸困難、血管性浮腫など)が起こることがありますので、医師とすぐ連絡が取れるようにしておきましょう。
- 2) 接種当日は過激な運動は避けてください。また、健康状態に十分注意し、体調の変化、高熱などの異常な症状を呈した場合には、すぐに医師の診察を受けてください。なお、接種当日の入浴は差支えありません。
- 3) 妊娠が可能な方は、接種後2か月間は妊娠をしないように注意しましょう。
- 4) 接種後1～2週間は乳児や重度の免疫不全の方との接触を可能な限り控えましょう。

あなたの接種予定日	医療機関名
月 日 () です。 当日は受付に 時 分頃 おこしください。	社会医療法人 誠光会 淡海医療センター

経鼻弱毒生インフルエンザワクチン(フルミスト点鼻液)接種 予診票

*接種希望の方へ：太ワク内にご記入ください。

住 所			〒		TEL () -	
フリガナ			男・女		生年月日	
受ける人の氏名					年 月 日生	
(保護者の氏名)					(歳 か月)	

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説明文書を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン1回目ですか。 注：経鼻弱毒生ワクチン(フルミスト点鼻液)はシーズン1回投与になります。	いいえ ()回目	はい	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい 具体的に()	いいえ	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 ・その場合、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もよいといわれましたか。	はい (病名) はい ・ いいえ はい ・ いいえ	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか。	はい (病名)	いいえ	
これまでに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、発育障害、その他の病気)にかかり、医師の診察を受けたことがありますか。	はい (病名)	いいえ	
これまでに重度の喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことがありますか。	はい (年 月頃) 現在治療中 ・ 治療していない	いいえ	
これまでにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	はい (回くらい) (最後は 年 月頃)	いいえ	
これまでに薬や食品(ゼラチン、鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発疹が出たり、体の具合が悪くなったことはありますか。	はい (薬、食品名)	いいえ	
近親者の中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 (予防接種名)	いいえ	
近親者の中で先天性免疫不全症と診断された方はいますか。	はい	いいえ	
最近1か月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜなどにかかった方はいますか。	はい (病名)	いいえ	
最近1か月以内に予防接種を受けましたか。	はい (予防接種名)	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。	はい(予防接種名 (症状))	いいえ	
(予防接種を受けられる方がお子さまの場合) 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。	はい (具体的に)	いいえ	
(女性の方に) 現在妊娠しているあるいは妊娠している可能性がありますか。 または授乳していますか。注：接種後約2か月間は妊娠しないように注意してください。	はい	いいえ	
その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや今日の予防接種について質問がありますか。	はい (具体的に)	いいえ	

医師の記入欄：以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は(可能 ・ 見合わせる)。
本人(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副反応および医薬品医療機器総合機構法に基づく
救済について説明した。また、本剤の接種対象者が2歳以上19歳未満であることを確認した。 _____

医師の署名または記名押印

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応の可能性などについて
理解した上で、接種することを (希望します ・ 希望しません)。

本人の署名(もしくは保護者の署名)

(被接種者が自署できない場合、代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載ください。)

代筆者の場合：続柄 _____

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
名 称：フルミスト点鼻液 メーカー名：第一三共株式会社 製造番号：	点鼻 (各鼻腔0.1mL噴霧) 0.2mL	医療機関名：社会医療法人 誠光会 淡海医療センター 医 師 名： 接 種 日 時： 年 月 日 時 分

記載いただきました個人情報はワクチン接種に関する予診にのみ使用します。