

大田区こどものインフルエンザ予防接種費用助成事業【予防接種説明書】

この予防接種説明書（両面）をよくお読みいただき、医師と相談の上、接種してください。

インフルエンザウイルスによる感染を予防するとともに、心身の健康を増進し経済的な負担を軽減するため、インフルエンザ予防接種の接種費用を一部助成します。

【対象者】

接種日現在、大田区に住民登録がある、生後6か月以上18歳（高校3年生相当）以下の方

【助成額・助成回数】

生ワクチン:4,000円/回 不活化ワクチン:2,000円/回（12歳以下:2回まで 13歳以上:1回）

※ 医療機関の定める接種費用から、助成額を引いた金額を窓口でお支払いください。

※ 生ワクチン（フルミスト）の場合は、ご年齢に関わらず助成は1回までです。

※ 予防接種後に費用を請求できる償還払い制度はありません。

※ 令和7年10月1日より前に接種した場合、その費用は全額自己負担となります。

【接種場所】

大田区内の協力医療機関（予診票は備え付けなので、区から発送しません）

※ 上記以外の医療機関で接種する場合は、助成を受けられません。

※ 予約が必要な場合がありますので、事前に接種する医療機関へご確認ください。

【助成手順】

- ①母子健康手帳及び大田区民であることがわかる物（乳幼児医療証等）を、大田区内の協力医療機関に持参し、備え付けてある予診票を使用して接種を受けてください。
- ②各医療機関の定める接種費用から助成額を引いた金額を、医療機関の窓口でお支払いください。

令和7年度より経鼻弱毒生インフルエンザワクチン「フルミスト®（第一三共）」は助成対象です

接種可能年齢は2歳から19歳未満の方、両方の鼻に噴きかけるタイプの1回で完了します。

※ 2歳未満の方や妊娠していることが明らかな方は、接種できません。

※ 明らかに免疫機能に異常のある疾患をお持ちの方や免疫抑制剤等の免疫抑制をきたす治療を受けているまたは副腎皮質ホルモン剤を使用している方は、接種できません。

※ 本剤は安定剤としてゼラチン加水分解物を含むため、ゼラチンに対して過敏症の既往がある方や重い喘息のあるまたは喘鳴の症状のある方は、事前に医師に相談してください。

※ 接種後2か月間は妊娠しないように注意してください。

※ 接種後1～2週間は乳児や重度の免疫不全者との密接な接触は、可能な限り避けてください。

※ 医療機関により取り扱いがない場合があります。事前に接種する医療機関へご確認ください。

1 予防接種の効果について

インフルエンザは、インフルエンザウイルスによる呼吸器感染症です。

38℃以上の発熱、頭痛、関節痛、筋肉痛、全身倦怠感等の症状が比較的急速に現れるのが特徴です。併せて普通の風邪と同じように、のどの痛み、鼻水、咳等の症状も見られます。自然に回復する疾患ですが、お子さまではまれに、急性脳症など重症化する場合があります。

予防接種をすることで、本人の感染予防だけでなく、集団感染予防にも繋がります。

【裏面もご確認ください】

2 副反応について

主な副反応は、接種部位の発赤・腫脹（はれ）等の局所反応です。接種部位以外の副反応として発熱や頭痛、倦怠感等が見られます。また、経鼻弱毒生インフルエンザワクチンでは、鼻閉（鼻づまり）・鼻漏（鼻水がのどに流れる）や頭痛、喉の痛み等が見られますが、いずれも一過性で数日以内に軽快します。

稀に生じ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・呼吸困難等）が起こる可能性があります。

3 予防接種の注意事項

〈予防接種を受けられない方〉

- ① 明らかに発熱している方（37.5℃以上）
- ② 重篤な急性疾患にかかっている方
- ③ 予防接種やそれに含まれる成分でアナフィラキシー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や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のに不適切な状態と判断した方

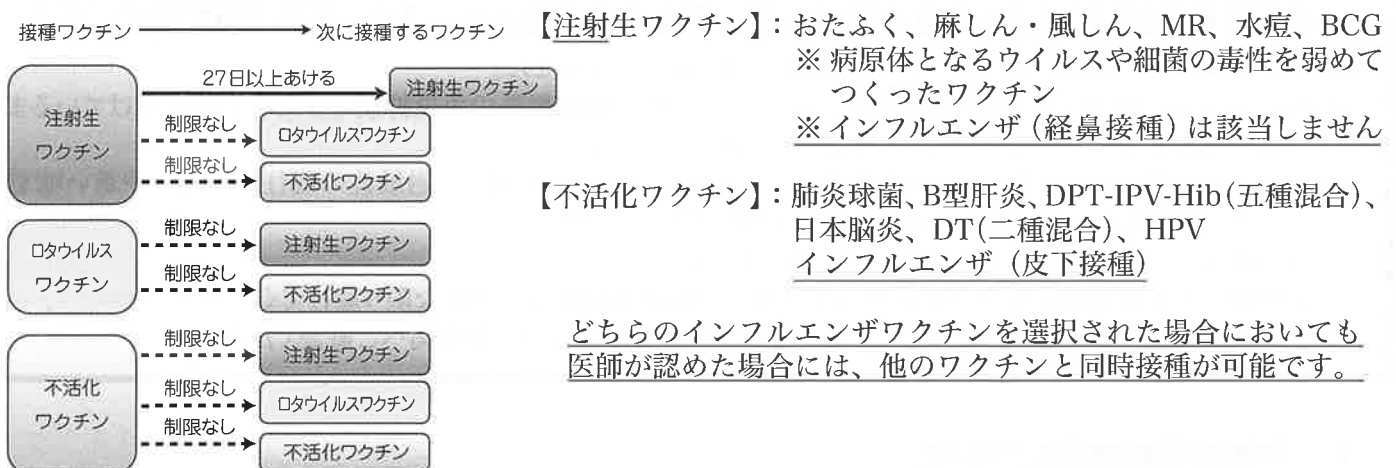
〈予防接種前に医師と相談しなければならない方〉

- ① 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
- ② 過去に予防接種で接種後2日以内に発熱、全身性発疹などのアレルギーを疑う症状のみられた方
- ③ 過去にけいれん（ひきつけ）をおこしたことがある方
- ④ 過去に免疫状態の異常を指摘されたことのある方、もしくは近親者に先天性免疫不全症の人がいる方
- ⑤ このワクチンの成分又は鶏卵、鶏肉、その他由来のものに対してアレルギーをおこすおそれのある方
- ⑥ ゼラチン含有製剤またはゼラチン含有の食品に対して過敏症の既往のある方
- ⑦ 重い喘息のある方または喘鳴の症状や間質性肺炎等の呼吸器系疾患のある方
- ⑧ 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
- ⑨ 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている方
- 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

〈接種後の注意事項〉

- ① 接種後30分間はショックやアナフィラキシーが起こることがまれにありますので、医師とすぐに連絡がとれるようにしてください。
- ② 接種後に高熱やけいれんなどの異常が出現した場合は、速やかに医師の診察を受けてください。
- ③ 接種部位は清潔に保ちましょう。接種当日の入浴は問題ありませんが、接種部位はこすらないで下さい。また、激しい運動は避けてください。
- ④ 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てください。
- ⑤ 接種後1～2週間は乳児や重度の免疫不全の方との接種は、可能な限り控えてください。

〈他のワクチンとの接種間隔〉



4 予防接種による健康被害救済制度について

予防接種は感染症を防ぐために重要ですが、まれに副反応による健康被害の発生がみられます。

本事業の予防接種によって引き起こされた副反応が原因で、生活に支障を残すような健康被害が生じた場合は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済の対象となる場合があります。

【問い合わせ先】 大田区保健所感染症対策課 予防接種担当 電話 03-4446-2643

大田区こどものインフルエンザ予診票兼
ワクチン接種費用助成申請書（任意接種）

大田区民のみ

※太ワク内をご記入ください。

住 所	大 田 区		
フリガナ		性 別	男 ・ 女
氏 名	生 年 月 日	(西暦)	年 月 日
		満 歳	か 月
保護者氏名	(被接種者が16歳以上の場合は不要)	電話番号	- -

- ☐ 助成期間
令和7年10月1日～令和8年1月31日
- ☐ 対象者（接種日現在、大田区に住所がある方）
生後6か月以上18歳（高3相当）以下
※2歳未満は生ワクチン（経鼻）接種不可
- ☐ 助成回数
生後6か月以上13歳未満 2回まで
13歳以上18歳（高3相当）以下 1回
※生ワクチン（経鼻）は年齢に関わらず1回まで

今回の接種に「○」をつけてください。 また過去の接種年月日をご記入ください	1回目	2回目（不活化ワクチンのみ）
	(西暦)	年 月 日

- ☐ 助成額
生ワクチン（経鼻） 4,000円/回
不活化ワクチン 2,000円/回

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

診察前の体温 度 分

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
1 「大田区こどものインフルエンザ予防接種費用助成事業【予防接種説明書】」を読みましたか。	いいえ は い	
2 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	
3 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	
4 1か月以内に家族や遊び仲間、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	
5 1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名 () 接種日 () / ()	は い いいえ	
6 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	
7 これまでに重度の喘息などの呼吸器疾患と診断されたことがありますか。 (はいの場合 / / 頃) → 現在治療中 ・ 治療していない	は い いいえ	
8 現在、ステロイド剤（内服）、免疫抑制剤や副腎皮質ホルモン剤など、特別な薬の投与を受けていますか。	は い いいえ	
9 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	
そのときに熱が出ましたか。	は い いいえ	
10 薬や食品（ゼラチン、鶏卵、鶏肉など）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	
11 近親者に先天性免疫不全と診断されている方がいますか。	は い いいえ	
12 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。 予防接種名 ()	は い いいえ	
13 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方がいますか。	は い いいえ	
14 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 いいえ	
15 【女性の方へ】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)妊娠中の方は生ワクチン（経鼻）は接種できません。また、接種後2か月は妊娠を避ける必要があります。	は い いいえ	
16 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・見合わせたほうがよい）と判断します。 保護者または接種を受ける本人に対して、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、説明をしました。 [生ワクチン（経鼻）の場合]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ました。 医師署名又は記名押印		

【保護者・被接種者等記入欄（自署欄）】どちらかに☑を入れてください

☐ 保護者又は代理人（同伴者）が同伴する場合・被接種者が16歳以上の場合 任意接種予防ワクチン接種費用の助成を申請します。 また、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、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16歳以上の場合は本人）又は同伴者署名	☐ 被接種者が13～15歳で保護者が同伴しない場合 任意接種予防ワクチン接種費用の助成を申請します。 また、予防接種説明書を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解し、接種の際には、接種する方の病歴・健康状態・接種当日の体調等を考慮すること、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。 保護者自署 緊急の連絡先
---	---

使用ワクチン	
不活化ワクチン	生ワクチン（経鼻）
Lot No.	Lot No.
(注)有効期限が切れていないか要確認	(注)有効期限が切れていないか要確認
接種量（どちらかにチェック）	接種量
☐ 3歳以上 0.5ml	2歳以上 0.2ml
☐ 3歳未満 0.25ml	(各鼻腔0.1ml噴霧)
接種部位（どちらかに囲み）	接種部位
左 (皮下)	
右 上腕 ・ 大腿	鼻腔内噴霧

実施場所・接種医師名	
実施機関名・住所・電話番号	
大田区こども・内科クリニック 〒166-0055 東京都大田区東田9-6-16 TEL 03-3758-6929 大 川 洋 二	
接種医師名	
接種年月日	(西暦) 年 月 日

大田区こどものインフルエンザ予診票兼
ワクチン接種費用助成申請書（任意接種）

大田区民のみ

※太ワク内をご記入ください。

住 所	大 田 区		
フリガナ		性 別	男 ・ 女
氏 名		生 年 月 日	(西暦) 年 月 日 満 歳 か月
保護者氏名	(被接種者が16歳以上の場合は不要) 電話番号		

- ☐ 助成期間
令和7年10月1日～令和8年1月31日
- ☐ 対象者(接種日現在、大田区に住所がある方)
生後6か月以上18歳(高3相当)以下
※2歳未満は生ワクチン(経鼻)接種不可
- ☐ 助成回数
生後6か月以上13歳未満 2回まで
13歳以上18歳(高3相当)以下 1回
※生ワクチン(経鼻)は年齢に関わらず1回まで

今回の接種に「○」をつけてください。 また過去の接種年月日をご記入ください	1回目 (西暦) 年 月 日	2回目(不活化ワクチンのみ) 年 月 日
--	-------------------	-------------------------

- ☐ 助成額
生ワクチン(経鼻) 4,000円/回
不活化ワクチン 2,000円/回

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

問 題 事 項	回 答 欄	医師記入欄
1 「大田区こどものインフルエンザ予防接種費用助成事業【予防接種説明書】」を読みましたか。	いいえ は い	
2 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	
3 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	
4 1か月以内に家族や遊び仲間、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	
5 1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名() 接種日() / ()	は い いいえ	
6 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	
7 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。 (はいの場合 / / 頃) → 現在治療中 ・ 治療していない	は い いいえ	
8 現在、ステロイド剤(内服)、免疫抑制剤や副腎皮質ホルモン剤など、特別な薬の投与を受けていますか。	は い いいえ	
9 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	
そのときに熱が出ましたか。	は い いいえ	
10 薬や食品(ゼラチン、鶏卵、鶏肉など)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	
11 近親者に先天性免疫不全と診断されている方がいますか。	は い いいえ	
12 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。 予防接種名()	は い いいえ	
13 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方がいますか。	は い いいえ	
14 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 いいえ	
15 【女性の方へ】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)妊娠中の方は生ワクチン(経鼻)は接種できません。また、接種後2か月は妊娠を避ける必要があります。	は い いいえ	
16 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・見合わせたほうがよい)と判断します。 保護者または接種を受ける本人に対して、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、説明をしました。 [生ワクチン(経鼻)の場合]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ました。 医師署名又は記名押印		

【保護者・被接種者等記入欄(自署欄)】どちらかに☑を入れてください

- ☐ 保護者又は代理人(同伴者)が同伴する場合・被接種者が16歳以上の場合
任意接種予防ワクチン接種費用の助成を申請します。
また、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、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16歳以上の場合は本人)又は同伴者署名

- ☐ 被接種者が13～15歳で保護者が同伴しない場合
任意接種予防ワクチン接種費用の助成を申請します。
また、予防接種説明書を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解し、接種の際には、接種する方の病歴・健康状態・接種当日の体調等を考慮すること、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。

保護者自署

緊急の連絡先

使用ワクチン	
不活化ワクチン	生ワクチン(経鼻)
Lot No.	Lot No.
(注)有効期限が切れていないか要確認	(注)有効期限が切れていないか要確認
接種量(どちらかにチェック)	接種量
☐ 3歳以上 0.5ml ☐ 3歳未満 0.25ml	2歳以上 0.2ml (各鼻腔0.1ml噴霧)
接種部位(どちらかに囲み)	接種部位
左(皮下) ・ 右 上腕 ・ 大腿	鼻腔内噴霧

実施場所・接種医師名	
実施機関名・住所・電話番号	
接種医師名	
接種年月日	(西暦) 年 月 日