

1. 接種時期

令和6年10月1日(火曜日)から令和7年1月31日(金曜日)まで
(注意)ワクチン数(在庫)により、上記期間より早く終了する可能性があります。

2. 接種場所：小児科外来第3診察室

接種日：休診日を除く毎週 月曜日、火曜日、水曜日、金曜日

受付時間・接種時間・接種人数

(事前予約なしで接種できますが、一般診察の方と合わせて受付順でのご案内となります。)

	受付時間	接種時間	接種人数
月曜日	14:45~16:00	15:00~16:30	1日20人まで(10歳未満は10人まで)
火曜日	14:45~16:00	15:00~16:30	1日20人まで(10歳未満は10人まで)
水曜日	14:45~16:00	15:00~16:30	1日20人まで(10歳未満は10人まで)
金曜日	14:45~15:30	15:00~16:00	1日10人まで(10歳未満は5人まで)

3. ワクチン製剤の種類・用法・用量

① 不活化インフルエンザ HA ワクチン

6ヶ月以上3歳未満のものには0.25mLを皮下に、3歳以上13歳未満のものには0.5mLを皮下におよそ2~4週間の間隔をおいて2回注射する。13歳以上のものについては、0.5mLを皮下に、1回又はおよそ1~4週間の間隔をおいて2回注射する。

② 経鼻弱毒生インフルエンザワクチン (フルミスト®点鼻液)

2歳以上19歳未満の者に、0.2mLを1回(各鼻腔内に0.1mLを1噴霧)、鼻腔内に噴霧する。

小児科学会は、生後6か月以降19歳未満の小児全員に対しインフルエンザ予防接種を推奨しています。経鼻弱毒生インフルエンザワクチンが2024/25シーズンから接種可能となりました。注射による痛みを回避できる一方、インフルエンザに似た症状が出る場合があります。従来の不活化インフルエンザ HA ワクチンと有効性の違いは確認されていません。小児科学会は、喘息患者や2歳未満の児、妊婦・授乳婦、免疫不全患者(または周囲に免疫不全患者がいる場合)などには、経鼻弱毒生インフルエンザワクチンではなく不活化インフルエンザ HA ワクチンを推奨しています。

経鼻弱毒生インフルエンザワクチンは1回接種です。不活化インフルエンザ HA ワクチンは13歳未満では2回接種、13歳以上では原則1回接種です。経鼻弱毒生インフルエンザワクチンと不活化インフルエンザ HA ワクチンの両方を接種する必要はありません。

4. 注意事項

- 小学生以下のかたは、保護者の同伴が必要です。
- 当日の体調によって予防接種が受けられない可能性があります。
- アナフィラキシーなどの副反応がないか経過をみるため、予防接種後 30 分ほど院内で待機していただきます。
- 2 回目のみの接種も可能です（1 回目を他院で受けた場合）。

5. 接種費用

- 不活化インフルエンザ HA ワクチンの 1 回の接種費用は 4,400 円です。柏市の小児インフルエンザ予防接種の費用助成制度の対象となる場合（下記）は、公費助成 1,500 円を差し引いた 2,900 円をお支払いいただきます。
- 経鼻弱毒生インフルエンザワクチンの 1 回の接種費用は 8,800 円です。柏市の小児インフルエンザ予防接種の費用助成制度の対象となる場合（下記）は、公費助成 1,500 円を差し引いた 7,300 円をお支払いいただきます。
- 選定療養費はかかりません。紹介状は要りません。

6. 柏市小児インフルエンザ予防接種の費用助成

● 対象者

次の①、②すべてに該当するかた

- ① 接種時に柏市に住民登録があるかた
- ② 生後 6 か月から小学校 6 年生までのかた

● 助成内容

1 回あたり 1,500 円

不活化インフルエンザ HA ワクチン(注射)の場合は、2 回まで
経鼻弱毒生インフルエンザワクチン(経鼻)の場合は、1 回まで
注射・経鼻どちらか一方の公費助成になります。

(注意)上記の対象とならない方は、全額自己負担となります。また、上限額(1,500 円)を超える分は自己負担となります。

7. 持ち物

- 母子健康手帳（お忘れの場合、接種できません）
- 健康保険証など、柏市の住所が確認できるもの
- 予診票 8. 予診票の URL から予診票をダウンロードして A4 サイズで印刷し事前にご記入いただくことで、接種が早く受けられる場合があります。予診票は名戸ヶ谷病院小児科受付にも設置しております。

8. 予診票：

- ① 生後6か月から小学校6年まで：<https://www.city.kashiwa.lg.jp/documents/31032/syouni.pdf>
- ② 記入例：<https://www.city.kashiwa.lg.jp/documents/31032/kinyuurei.pdf>
- ③ 中学校以上（武田薬品が提供している予診票です）
https://www.takeda.co.jp/patients/vaccine_portal/influenza/files/yoshinhyo_influenza.pdf

QRコード

①



②



③



- ④ 経鼻弱毒生インフルエンザワクチンの予診票は次のページを A4 サイズで印刷して下さい。

以上

小児インフルエンザ 予防接種予診票

対象年齢：生後 6 か月から小学校 6 年まで

小児用

柏市

受診日	西暦	年	月	日	診察前の体温	度	分
接種回数	1回				2回		
住所	柏市						
予防接種番号							
ふりがな					生年月日	西暦	年 月 日
受ける人の氏名	(男・女)				(満	歳	ヶ月)
保護者の氏名					電話番号		

質問事項	回答欄		医師記入欄
接種時に柏市に住民票はありますか 注意：接種時に柏市に住民票がない場合は全額自己負担となります。	いいえ	はい	
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	いいえ	はい	
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 乳児健診で異常があるとい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	
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 か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
1 か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	
1 か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種を受けた日と種類 (月 日：)	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	
【“はい”と回答した場合】 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	いいえ	はい	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか 最後のけいれんは () 歳頃 そのとき熱が出ましたか	はい いいえ	いいえ はい	
薬や食品で皮膚に発疹やしんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか () 歳頃 薬品・食品名 () 症状 ()	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 ()	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 か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 質問 ()	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・見合わせる(理由：) 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。	医師の自筆署名又は記名押印
-----------	---	---------------

保護者 記入欄	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 ※どちらかに○ 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、本予診票が市町 村に提出されることに同意します。	保護者の自筆署名
------------	--	----------

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 Lot No. 有効期限 年 月 日 (注)有効期限が切れていないか要確認	皮下接種 3歳未満：0.25mL 3歳以上：0.5mL 経鼻接種 0.2mL	実施場所： 医師名： 接種年月日： 西暦 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か月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が出ないことがあります。

柏市提出分