

各医療機関 院長 殿

白石市長 山田 裕一



「子どものインフルエンザ予防接種業務」の実施について（依頼）

日頃から、本市の保健事業の推進につきまして、ご指導ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、標記予防接種業務につきましては、先日の実施意向調査依頼に対し実施の申し出をいただきありがとうございました。

つきましては、下記のとおり実施いたしますので、ご協力くださいますよう、改めてご依頼申し上げます。

記

- 1 対 象 者 市内に住所を有する生後6か月から中学3年生までの方
- 2 接種方法 医療機関での個別接種
- 3 実施期間 令和2年10月1日から令和2年12月末日
- 4 助成内容
 - (1) 助成回数：生後6か月～13歳未満 2回（2～4週間の間隔で接種）
13歳以上～中学3年生 1回
 - (2) 助成金額：接種費用のうち、自己負担金を1,000円とし、残りの費用を市が助成する。
 - (3) 助成方法：白石市医師会との委託契約による助成。
実施医療機関は接種費用のうち、自己負担金を被接種者から徴し、助成金額分は白石市に委託料として請求する。
 - (4) 接種費用：4,680円
- 5 委 託 料
実施医療機関は、接種費用から自己負担金を差し引いた額を実施月の翌月 10日までに、請求書に予診票を添えて、市に請求してください。
- 6 周知方法
 - ① 保育園、幼稚園、小・中学校を通して対象者の保護者に案内通知と予診票を配付
 - ② 乳幼児健診受診者、乳幼児相談事業出席者に案内通知と予診票を配付

子どものインフルエンザ予防接種業務委託料請求書

請求金額

円

令和 年 月 分子どものインフルエンザワクチン予防接種を下記内訳のとおり実施しましたので、
上記金額を請求します。

記

(令和2年10月分～適用)

種 別	件 数	単 価	金 額
子どものインフルエンザ		3,680 円	円
合 計			円

令和 年 月 日

白 石 市 長 殿

住 所											
医 療 機 関 名											
代 表 者 氏 名		印									
振 込 先	金 融 機 関 名	銀行 信用金庫 農協							本店 支店 出張所		
	口 座 番 号								1 当 座 2 普 通		
	口 座 名 義 人										

白石市 子どものインフルエンザ予防接種予診票

回数	1回目		2回目		診察前の体温	度	分
住所	白石市				電話番号		
氏名		男・女	生年月日	平成・令和	年	月	日
保護者の氏名				(満)	歳	ヶ月	

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。 生まれたときの体重が少なかったり、出産時、出生後、乳幼児健診などで異常があると言われたことがありますか	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ヶ月以内に、病気にかかりましたか 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	
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	
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	
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	
薬や食品で皮膚に湿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	
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	

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、副反応および医薬品医療機器総合機構法に基づく救済制度について、説明をした。 医師署名又は記名押印 _____
-------	--

保護者記入欄	医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、接種を希望しますか。 (希望します ・ 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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。 令和 年 月 日 保護者自署 _____
--------	---

ワクチンロット番号	接種量	実施場所、医師名、接種年月日	
ワクチン名 Lot No.	(皮下接種)	実施場所	
(注)有効期限が切れていないか確認	mL	医師名	
		接種年月日	令和 年 月 日