



つくばみらい市告示第**74**号

つくばみらい市任意予防接種費用の助成に関する要綱の一部を改正する告示を次のように定める。

令和5年3月31日

つくばみらい市長 小 田 川



つくばみらい市任意予防接種費用の助成に関する要綱の一部を改正する告示

つくばみらい市任意予防接種費用の助成に関する要綱（平成26年つくばみらい市告示第189号）の一部を次のように改正する。

第6条中「当該任意予防接種を受けた日の属する年度の末日までに」を「当該任意予防接種を受けた日から1年以内に」に改める。

別表（第4条関係）中「1回かぎり」を「1回目かぎり」に改める。

附 則

この告示は、公布の日から施行する。

# おたふくかぜ予防接種予診票 (任意予防接種)

つくばみらい市

年度助成金 1回目接種のみ 3,000円

接種期間：1歳から小学校就学の始期に達する日の前日までの間にある者  
※接種日当日つくばみらい市に住民票がある方 (異動日当日は除く)

住所	つくばみらい市	朝の体温	度 分
ふりがな		診察前の体温	度 分
受ける人の氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日生 (満 歳 か月)
保護者の氏名		電話番号	

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区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 ( ) いつ頃 ( )	はい	いいえ	
生まれてから今までにおたふくかぜにかかりましたか 罹患日( 年 月 日 )	はい <sup>注1</sup>	いいえ	
おたふくかぜ予防接種を今までにしたことはありますか 接種年月日(1回目: 年 月 日・2回目: 年 月 日)	はい <sup>注1</sup>	いいえ	
つくばみらい市のおたふくかぜ予防接種の助成を利用しましたか	はい <sup>注1</sup>	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か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 ( ) 接種年月日( 年 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	
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 ( 歳 か月頃)	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 薬品名・食品名 ( )	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 予防接種名 ( )	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か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射 <sup>注2</sup> 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。接種歴(回数・間隔等)を確認のうえ、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

※ゴム印の場合は押印が必要となります。

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、本予診票がつくばみらい市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 Lot No. ④有効期限が切れていないか要確認	皮下接種 ml	実施場所 医師名 接種年月日 年 月 日

注1：おたふくかぜ罹患患者・2回接種済者・つくばみらい市のおたふくかぜ予防接種の助成を利用したことがある方は、助成の対象外となります。

注2：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。