

## インフルエンザ予防接種予診票

&lt;小学校6年生以下の者対象&gt;

診察前の体温

度 分

住 所	八代郡氷川町		
受ける人の氏名		男 女	生年 月日
保護者の氏名			
年 齢 区 分	1. 1歳～3歳未満の者(0.25ml)	2. 3歳～13歳未満の者(0.5ml)	

質 問 事 項	回 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	
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	
最近1ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、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	
最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 ※最後に受けた予防接種を書いてください。 予防接種名【 (接種日: 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、医師の治療(投薬など)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	
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	
そのとき熱がでましたか。	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。	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	
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	
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はありますか。	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	

## 医師の記入欄

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。

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。

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、接種を希望しますか。( 接種を希望します ・ 接種を希望しません )

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
Lot No.		医師名
(注)有効期限が切れていないか確認	ml	接種年月日 令和 年 月 日