

インフルエンザ予防接種予診票

<就学前・小学生・中学生用>

1回目 ・ 2回目

		診察前の体温	度	分
住 所	鏡野町		電話番号 ()	
受ける人の 氏 名		男	保護者氏名	
		女		
生年月日	平成・令和	年	月	日 (満 歳 か月)

質 問 事 項		回 答 欄		医師記入欄
今日のインフルエンザの予防接種について鏡野町が作成した説明書を読みましたか。		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。 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	
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	
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か月以内に熱がでたり、病気にかかったりしましたか。 病名 ()		は い	いいえ	
最近1か月以内に家族や遊び仲間にインフルエンザ、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気にかかった方がいましたか。 病名 ()		は い	いいえ	
最近1か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	
その際に具合が悪くなったことがありますか。		は い	いいえ	
これまでにインフルエンザ以外の予防接種の際に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	
二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	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、具合が悪くなったことがありますか。 薬や食品の名前 () その時の症状 ()		は い	いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。(歳頃) その時に熱がでましたか。		は い は い	いいえ いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合の悪くなった方はいますか。		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	
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) 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、説明した。 医師署名又は記名押印			
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市町村に提出されることに同意します。 保護者自署				

ワクチンロット番号	接種量 (どちらかに○)	実施場所・医師名・接種年月日	
Lot No.	皮下接種 3歳以上 0.5mℓ 3歳未満 0.25mℓ	実施場所 医師名 接種年月日	令和 年 月 日