

行政措置 【任意】インフルエンザ予防接種予診票

※接種希望の方は、太枠内をご記入ください。

診察前の体温

度 分

住 所	電話 () -		
ふりがな		男	昭和・平成・令和 年 月 日 (満 歳)
受ける人の氏名		女	助成対象 <input type="checkbox"/> 満1歳～12歳 (小学生まで) <input type="checkbox"/> 13歳～18歳 (中学生・高校生相当) <input type="checkbox"/> 妊婦
保護者名			<small>当てはまるものに✓</small>

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日の予防接種について説明文を読み、効果や副反応について理解しましたか。	はい	いいえ	
(接種を受けられる方がお子さんの場合) 出生体重 () g 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。	はい	いいえ	
今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン1回目ですか。2回目の場合前回接種:(月 日)	はい	いいえ	
今日、ふだんと比べて体に具合の悪いところがありますか。症状 ()	はい	いいえ	
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名 () いつ頃 (月 日)	はい	いいえ	
1か月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	はい	いいえ	
最近1か月以内に予防接種を受けましたか。※新型コロナワクチンからは13日以上空けます。 予防接種の種類 () 接種日 (月 日)	はい	いいえ	
今までに特別な病気(先天性疾患、心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患、免疫不全症など)にかかったことがありますか。病名 ()	はい	いいえ	
医師の診察を受けた場合、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい	いいえ	
今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器疾患と診断されたことはありますか。	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	はい	いいえ	
その時に熱が出ましたか。	はい	いいえ	
薬や食品で発しんやじんましんが出たり、具合が悪くなったりし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	
今まで予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。 予防接種の種類 () (歳頃) 症状 ()	はい	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。病名 ()	はい	いいえ	
② 治療(投薬など)を受けていますか。	はい	いいえ	
②その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい	いいえ	
(女性の方に) 現在妊娠していますか。	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	

医師の診察・説明を受け、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性等について理解した上で、上記のワクチンの接種を (希望します ・ 希望しません) ※かっこのどちらかを○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。

令和 年 月 日 本人の署名(もしくは保護者の署名) _____ (続柄 _____)

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) 保護者及び本人に対して、予防接種の効果・目的、副反応 並びに予防接種健康被害救済制度について説明した。 ↳ 理由 () 医師署名又は記名押印
-------	--

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	(皮下接種) 右 ・ 左	医療機関名
Lot No.	<input type="checkbox"/> 0.25ml (6か月以上3歳未満)	医師名
有効期限	<input type="checkbox"/> 0.5ml (3歳以上)	接種年月日 令和 年 月 日 時 分