

【任意】小児用インフルエンザ予防接種予診票

太枠内に接種される方の情報を記入してください。

| | | | |
|--|------------|--------------------------------------|----------|
| 受診日 | 年 月 日 | 診察前の体温 | 度 分 |
| 住所 | 印西市 | | |
| ふりがな | 接種を受ける人の氏名 | 生年月日 (男・女) | 和暦 年 月 日 |
| | | | (満 歳 か月) |
| 保護者の氏名 | | 電話番号 | () - |
| 接種日時点で印西市に住民登録がありますか ※「ない」場合、全額自己負担となります | | | ない・ある |
| 今回の接種は何回目ですか ※今回の接種に「○」をつけてください | 1回目接種 | | 2回目接種 |
| これまでの接種歴 | 年 月 日 | ※2回目の接種歴は、この用紙の最下段にある接種年月日に医師が記入します。 | |

| 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(お知らせ)を読み、理解しましたか | | いいえ はい | |
| あなたのお子様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 出生時に異常がありましたか 乳幼児健診で異常があるといわれた事がありますか | | あつた あつた あつた はい | なかつた なかつた なかつた 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か月以内に病気にかかりましたか 病名() | | はい | いいえ |
| これまでに先天性異常、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 | | はい | いいえ |
| これまでにけいれんをおこしたことがありますか ()回くらい 最後は 年 月頃 | | はい | いいえ |
| これまでに薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなつたことがありますか | | はい | いいえ |
| 近親者の中で先天性免疫不全症と診断された方はいますか | | はい | いいえ |
| 最近1か月以内に、家族や周囲で麻しん、風しん、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜにかかった方はいますか | | 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() 接種日 / | | はい | いいえ |
| これまでに予防接種を受けて具合が悪くなつたことがありますか 予防接種名() 症状() | | はい | いいえ |
| 近親者の中に予防接種を受けて、具合が悪くなつた方はいますか | | はい | いいえ |
| 最近6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか | | はい | いいえ |
| その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや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・見合せたほうがよい)と判断します。 見合せた場合の理由() 本人(もしくは代理人)に対して、予防接種の効果、副反応及び独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、説明をしました。 医師署名又は記名押印 | | |

| | | | |
|---|--|--------|--------|
| インフルエンザ予防接種同意書 | | 同意します | 同意しません |
| 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応および「医薬品副作用被害救済制度」に基づく救済などについて理解した上で、接種することに同意しますか。 | | 保護者の自署 | |
| 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。 | | | |

| 使用ワクチン名 | 接種部位・用法・用量 | 実施場所・医師名・接種年月日 |
|-------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| ワクチン名 Lot No 有効期限 | 接種部位 皮下注射 0.25ml・0.5ml 左・右 | 実施場所: 医師名: 接種年月日: 年 月 日 |