

※太枠内に接種を受け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		生年月日	年 月 日
接種を受ける人の氏名	(男・女)		(満 歳 か月)
保護者の氏名		電話番号	() -
接種日時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
ある・ない			
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(別紙)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	はい	いいえ	
分娩時に異常がありましたか	はい	いいえ	
出生時に異常がありましたか	はい	いいえ	
乳幼児健診で異常があるといわれた事がありますか	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか	はい	いいえ	
具体的な症状を書いてください ()			
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、脳神経系の疾患、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	
「はい」と回答した場合 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 ()回くらい 最後のけいれんは 年 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	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、家族や周囲で麻疹、風しん、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜなどの病気の方はいましたか (病名:)	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか	はい	いいえ	
予防接種名() 接種日 年 月 日			
これまでにインフルエンザやその他の予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
予防接種名() 症状()			
近親者の中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	
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 ・ 見合わせたほうがよい) と判断します。
	見合わせた場合の理由()
	保護者に対して、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医薬品副作用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	

小児インフルエンザ予防接種同意書		どちらかに○印をつけてください	
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果、副反応及び医薬品副作用被害救済制度について理解した上で、接種することに同意しますか。	同意します	同意しません	
	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		用量・用法・接種部位(どちらかに○)		実施場所・医師名・接種年月日	
ワクチン名 Lot No.	年 月 日	0.25ml (3歳未満)	0.5ml (3歳以上)	実施場所:	
		皮下接種 (右・左)		医師名:	
有効期限				接種年月日:	