

# インフルエンザ予防接種予診票

回数	1回目 ・ 2回目			
住所	五城目町		診察前の体温	度 分
(フリガナ) 受ける人の氏名	男 女	生年月日	H・R	年 月 日
保護者氏名			電話番号	歳
接種区分	1. 6か月～3歳未満	2. 3歳～13歳未満	3. 13歳以上～中学校3年生以下	

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町から配られている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	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合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	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ	
1か月以内に、予防接種を受けましたか 予防接種の種類 ( )	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	
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	
その時熱が出ましたか	はい	いいえ	
薬や食品(鶏卵、鶏肉など)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はありますか	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	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種名 ( )	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った人はいますか	はい	いいえ	
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	
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。  
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、説明をしました。

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、予防接種健康被害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 \_\_\_\_\_

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	mL	実施場所		
Lot No _____		医師名		
ワクチン有効期限 年 月 日		接種年月日	令和 年 月 日	

# インフルエンザ予防接種予診票

回数	1回目 ・ 2回目			
住所	五城目町		診察前の体温	度 分
(フリガナ) 受ける人の氏名	男 女	生年月日	H・R	年 月 日
保護者氏名			電話番号	歳
接種区分	1. 6か月～3歳未満		2. 3歳～13歳未満	
			3. 13歳以上～中学校3年生以下	

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町から配られている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	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合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	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ	
1か月以内に、予防接種を受けましたか 予防接種の種類 ( )	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	
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	
その時熱が出ましたか	はい	いいえ	
薬や食品(鶏卵、鶏肉など)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 ことはありますか	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	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種名 ( )	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った人はいますか	はい	いいえ	
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	
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。  
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、説明をしました。

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、予防接種健康被害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 \_\_\_\_\_

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		実施場所
Lot No _____		医師名
ワクチン有効期限 年 月 日	mL	接種年月日 令和 年 月 日