

任意接種用

インフルエンザ予防接種予診票

令和 年 月 日記入

今年度接種回数	1回目	2回目（1回目：令和 年 月 日）	診察前の体温	度	分
住 所	☐ 野木町に 住民票がある	野木町大字	TEL		
ふりがな		男 女	生 年 月 日	年 月 日	生 歳
受ける人の氏名					
保護者の氏名	※被接種者が満16歳以上の者の場合には、当該部分への記載は必要ありません。				
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	
（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 ある場合 具体的な症状（ ）			ある	ない	
今日体に具合の悪いところがありますか はいの場合 具体的な症状（ ）			はい	いいえ	
現在何かの病気で医師にかかっていますか はいの場合 病名（ ）			はい	いいえ	
最近1カ月以内に病気にかかりましたか はいの場合 病名（ ）			はい	いいえ	
1カ月以内に近親者や周囲に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった人がいますか はいの場合 病名（ ）			はい	いいえ	
最近1カ月以内に予防接種を受けましたか はいの場合 予防接種名（ ）			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 ある場合 具体的な症状（ ）			ある	ない	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症悪性腫瘍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	
そのとき熱が出ましたか はいの場合（ ℃）			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	
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	
近親者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	
（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 ）と判断します。 被接種者（被接種者が満16歳未満の者の場合は保護者）に対して、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、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、医薬品副作用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。

保護者又は被接種者署名

※被接種者が16歳未満の者の場合は保護者署名

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 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

野木町