

インフルエンザ予防接種予診票

〈中学生以下の者対象〉

2回目					
令和	年	月	日	時	分
					診察前の体温
					度
					分
住所					
受ける人の氏名			男女	生年月日	平成・令和 年 月 日
保護者の氏名			(満 歳 カ月)		

質 問 事 項	回答欄	医師記入欄
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。 乳幼児検診で異常があるとさ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
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、医師の治療(投薬など)を受けていますか。 病名()	はい	いいえ
その病気の主治医には、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、家族や遊び仲間にインフルエンザ・麻しん・風しん、水痘、おた ふくかぜなどの病気の方がいましたか。 病名()	はい	いいえ
最近1ヶ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
新型インフルエンザ又は季節性インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 その際に具合が悪くなったことがありますか。	はい はい	いいえ いいえ
これまでにインフルエンザ以外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。 予防接種の種類()	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
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。 ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。()歳頃 そのとき熱が出ましたか。	はい はい はい	いいえ いいえ いいえ
近親者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
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)。 保護者に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度に ついて、説明をした。 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">医師署名又は記名押印</div>
--

被接種者の記入欄 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性などについて 理解した上で、以下のワクチンの接種を(希望します ・ 希望しません)。 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">令和 年 月 日 保護者自署</div>

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
メーカー名		実施場所 JA北海道厚生連 遠軽厚生病院 医師名
Lot No.		接種年月日 令和 年 月 日