大仙市インフルエンザ任意予防接種予診票

（大仙市提出用）　※太枠内をご記入ください

診察前の体温	度　　分				
住　　所	大仙市	T　E　L			
ふりがな 氏　　名		男・女	生年月日	昭和・平成・令和 年　　月　　日 （　　歳　　か月）	
（保護者の氏名） ※満６か月～１８歳未満までのお子さんのみ					
接種区分 （あてはまるものに○）	１．満６か月～小学６年生→**インフルエンザの予防接種は今季何回目ですか？（１回目・２回目）** ２．中学１年生～高校３年生相当年齢　　３．妊婦				

質　問　事　項	回答欄		医師記入欄
今日のインフルエンザの予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
※満６か月～小学６年生までのお子さんにお聞きします。 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 はい	 なかった なかった 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	
１か月以内に家族や遊び仲間に麻しん、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	
１か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名（　　）	はい	いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、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	
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	
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。 予防接種の種類（　　）	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	
※女性の方にお聞きします。 現在妊娠中または妊娠している可能性がありますか。	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　（ 可能 ・ 見合わせる ）　と判断する。

本人または保護者に対して、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、説明をした。

医師署名又は記名押印

ワクチンロット番号	用法・用量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認	□点鼻(各鼻腔0.1mL噴霧)0.2mL 皮下接種 □0.5mL(３歳以上) □0.25mL(６カ月以上３歳未満)	実施場所 医師名 接種年月日　　年　　月　　日

インフルエンザ予防接種希望書（医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。）

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。

（ 接種を希望します ・ 接種を希望しません ）

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。

このことを理解した上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

令和　　年　　月　　日　　被接種者自署または保護者署名＿＿＿＿＿＿＿＿

キリトリ

インフルエンザ予防接種済証

被接種者	実施場所・医師名・接種年月日	ワクチンロット番号
住　所　大仙市	実施場所	ワクチン名
氏　名	医師名　　印	Lot No.
生年月日　昭和・平成・令和　　年　　月　　日生	接種年月日　令和　　年　　月　　日	(注)有効期限が切れていないか要確認