

琴平町子どもインフルエンザ予防接種予診票

住所	仲多度郡琴平町	診察前体温	度	分
フリガナ		電話番号		
接種する人の氏名	男	生年月日	平成	年 月 日
保護者の氏名	女		(満 歳 ヵ月)	

下の表の中で、当てはまるところを○で囲んでください。

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受けられるインフルエンザの予防接種は、今シーズン1回目ですか。 いいえの方 前回の接種(月 日)	はい	いいえ	
今日、普段と違って具合の悪いところがありますか。 はいの方 具体的に()	はい	いいえ	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 はいの方 病名()	はい	いいえ	
病気を見てもらっている医師に、今日の予防接種を受けても良いと言われましたか。	はい	いいえ	
これまでに特別な病気(先天性異常、心臓・肝臓・腎臓・血液疾患、脳神経、免疫不全症等)や重度の喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことがありますか。 はいの方 病名()	はい	いいえ	
薬や食品(特に鶏卵、鶏肉、ゼラチンなど)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	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか。 はいの方 予防接種の種類()	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。 はいの方 予防接種の種類()	はい	いいえ	
1か月以内に家族や周囲で麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜ等の病気の方がいましたか。 はいの方 病名()	はい	いいえ	
近親者に、先天性免疫不全と診断されている人はいますか。	はい	いいえ	
お子さんの分娩時、出生後、乳幼児健診などで異常がありましたか。 はいの方 具体的に()	はい	いいえ	
(女性のみ)現在妊娠している、又は妊娠している可能性はありますか。	はい	いいえ	
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 (可能 ・ 見合わせる) 保護者に対して、予防接種の効果、副反応並びに医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明した。 医師署名又は記名押印
-------	---

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	皮下接種 ・ 点鼻 <input type="checkbox"/> 0.25ml <input type="checkbox"/> 0.2ml	実施場所 医師名
lot No.	<input type="checkbox"/> 0.5ml	接種年月日 令和 年 月 日

子ども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下さい。)

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。

このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

被接種者自署

(※乳幼児などの場合は、保護者の方が署名してください。)