

新型インフルエンザ予防接種予診票
 (16歳未満の者(中学生に相当する年齢以下の者))

| | | | | | | | | |
|--------------|-----|--------|-------|---|---|---|-----|--|
| | | 診察前の体温 | | 度 | | 分 | | |
| 住所 | | | | | | | | |
| 予防接種を受ける者の氏名 | 男・女 | 生年月日 | 平成・令和 | 年 | 月 | 日 | | |
| 保護者の氏名 | | | (満 | | 歳 | | ヵ月) | |

| 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。 | あった | なかった | |
| 出生後に異常がありましたか。 | あった | なかった | |
| 乳幼児検診で異常があるとされたことがありますか。 | 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、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いわれましたか。 | 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ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、麻疹、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はありますか。 | はい | 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はありますか。 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。 | 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 | |
| そのとき熱がでましたか。 | 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 | |
| (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 | |

医師の記入欄

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。

接種対象者分類

| | | |
|------------------|------------------|------------------|
| 1. 基礎疾患を有する者 | 2. 小児(1歳～就学前) | 3. 小学校1年生～小学校3年生 |
| 4. 小学校4年生～小学校6年生 | 5. 中学校1年生～中学校3年生 | 6. 1～5以外の者 |

※かっこ内の該当箇所を一つ○で囲んで下さい。

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)

医師の署名又は記名押印

| | |
|---|--|
| 保護者の記入欄(保護者が同伴する場合) 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などについて理解した上で、 接種を希望しますか？ (希望します ・ 希望しません)。 ※かっこ内のどちらかを○で囲んで下さい。 | 保護者の記入欄(保護者が同伴しない場合) 別添の「保護者が同伴しない場合の説明」をよく読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、 医師があなたのお子さんに問診や診察を行い、予防接種が可能であると判断した場合、接種を希望しますか？ (希望します ・ 希望しません) ※かっこ内のどちらかを○で囲んで下さい。 |
| 令和 年 月 日 保護者自署 | |

| | | | | | |
|-----------------|-----|------------------|-----|-------|----------|
| 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 | ml | 実施場所 | 医師名 | 接種年月日 | 令和 年 月 日 |
| Lot No. | | | | | |