

恵那市インフルエンザ予防接種予診票(子ども)【1回目・2回目】

・今年度インフルエンザ予防接種が2回目の場合、1回目に接種した医療機関と(同じ・異なる)医療機関名()

助成期間 令和4年10月1日(土)～令和5年1月31日(火)まで

診察前の体温

℃

住 所	恵那市		TEL	
受ける人の氏名	ふりがな	男・女	生年	年 月 日生
保護者の氏名			月日	(満 歳 か月)

質問事項(保護者記入欄)	回答欄(保護者記入欄)		医師記入欄
今回が今シーズン(10月以降)初めてのインフルエンザ予防接種ですか。 1回目の接種年月日(令和 年 月 日)	はい	いいえ	
今日の予防接種について裏面や市から配られている説明書を読みましたか。 あなたのお子さんの発育状況についてお尋ねします。 出生体重()g 分娩時に異常がありましたか。 出生時に異常がありましたか。	はい	いいえ	
乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか。	いいえ	はい	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液疾患、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() その病気に対して主治医には、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	いいえ	はい	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。()	いいえ	はい	
最近、1か月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか。 病名() かかった日(令和 年 月 日)	いいえ	はい	
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 感染症の人がいましたか。病名()	いいえ	はい	
1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の名前() 接種日(令和 年 月 日)	いいえ	はい	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。(年 月)頃 そのときに、熱がでましたか。	いいえ	はい	
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。 発疹やじんましんが出たもの() (歳 か月)頃	いいえ	はい	
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。	いいえ	はい	
今までにインフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。	いいえ	はい	
これまでに、予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。 予防接種の名前() 接種日(年 月 日)	いいえ	はい	
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。	いいえ	はい	
6か月以内に、輸血あるいはガンマグロブリン※の接種を受けましたか。	いいえ	はい	
今日の予防接種について、質問がありますか。 (中学生以上の女性のみ)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。	いいえ	はい	

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)と判断します。
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、説明しました。
医師の署名又は記名押印

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度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。上記の対象者に該当し、記載事項に相違ありません。
以上を理解した上で、本予診票及び接種情報が市に提出されることに同意します。

同伴者自署

(続柄

)

※ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症予防の目的や、重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、
この注射を3～6か月以内に受けた方は、予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

使用ワクチン名・Lot番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	(皮下接種)	実施場所
Lot番号	ml	医師名
		接種年月日