

【 乳児（6ヶ月以上） ・ 幼児 ・ 小学生 】 ※いずれかに○をしてください。

天草市インフルエンザ予防接種予診票

【 1回目 ・ 2回目 】

※太枠の所を記入してください。

住 所		天草市		町		番 号		度 分	
ふ り が な		氏 名		男 ・ 女		生 年 月 日		平 成 和 年 月 日	
(保護者の氏名)								( 歳 カ月)	
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				いいえ				は い	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか				いいえ				は い	
現在、何か病気にかかっていますか				は い (病名)				いいえ	
治療（投薬など）を受けていますか				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もよいと言われましたか				いいえ				は い	
免疫不全と診断されたことがありますか				は い				いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか				は い				いいえ	
薬や食品（ニワトリの肉や卵など）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がありますか				は い				いいえ	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか				は い				いいえ	
①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	
②インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか				は い (予防接種の種類)				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	
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか				は い ( 歳頃)				いいえ	
そのとき熱が出ましたか				は い				いいえ	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか				は い (予防接種の種類) (接種日) R , ,				いいえ	
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、医師の診察を受けていますか				は い (病名)				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言われましたか				いいえ				は い	
最近1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか				は い (病名)				いいえ	
1ヵ月以内に家族や友達（保育園や幼稚園を含む）にはしか・風しん・水ぼうそう・おたふくかぜなどの病気の方がいましたか				は い (病名)				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（ <b>可能 ・ 見合わせる</b> ） 本人又は保護者に対して、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、説明した。  医師署名又は記名押印									
被 接 種 者 （ 保 護 者 ） 記 入 欄									
医師の診察・説明を受け、インフルエンザの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。 <b>（ 接種を希望します ・ 接種を希望しません ）</b> 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。 また、天草市インフルエンザ予防接種費用助成事業助成額について、接種医療機関にその請求を委任します。 被接種者自署(保護者自署)									
使 用 ワ ク チ ン		接種量		実施場所・医師名・接種年月日					
ワクチン名 インフルエンザ		皮下接種		実施場所					
Lot No.		0.25・0.5		医師名					
有効期限日 年 月 日		ml		接種年月日 年 月 日					

※接種場所に父・母以外の方が同伴される場合は、点線枠の中にもご記入ください。原則、保護者の同伴が必要です。

特段の理由で同伴できない場合は、お子さんの健康状態を普段から熟知する親族等で適切な方が同伴ください。

私はインフルエンザの予防接種に関する責務の一切を(氏名： 続柄： )に委託します。

年 月 日 保護者氏名 ( ㊟ )