

【 乳幼児 ・ 小学生 ・ 中学生 ・ 高校生相当者 ・ 19歳以上60歳未満の者 ・ 60歳以上65歳未満の者 】

※いずれかに○をしてください。

苓北町インフルエンザ予防接種予診票(任意)

【 1回目 ・ 2回目 】

※太枠のところを記入してください。

		診察前の体温		度		分	
住 所	苓北町 (Tel - )						
ふりがな		男・女	生年月日	昭和	年	月	日
氏 名				平成	年	月	日
(保護者の氏名)				令和	( 歳	ヵ月)	
質 問 事 項				回 答 欄		確 認 欄	
現在、何か病気にかかっていますか 病名( )				はい	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よいといわれましたか				はい	いいえ		
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 症状( )				はい	いいえ		
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか 病名( )				はい	いいえ		
1ヵ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		
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	いいえ		
予防接種の種類( ) 症状( )							
けいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか( 歳頃)				はい	いいえ		
そのときに熱性けいれんと診断されましたか				はい	いいえ		
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 種別( ) 接種日( )				はい	いいえ		
生まれてから今までに特別な病気(先天性異常・心臓・腎臓・肝臓・脳神経・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		
その病気をみ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		
ニワトリの肉や卵などを食べて発疹やじんましんがでたり、具合が悪くなったことがありますか				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 薬品名( ) 食品名( )				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		
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 )							
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、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、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 ・ 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。 このことを理解のうえ、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(保護者自署)			
使用ワクチン				実施場所・医師名・接種年月日			
インフルエンザ	Lot No.			実施場所			
接種量	(皮下接種)	ml		医師名			
有効期限	年 月 日			接種年月日 令和 年 月 日			

※接種会場に父・母以外の方が同伴される場合には、裏面も記入ください。

※接種会場に父・母以外の方が同伴される場合は、点線枠の中にも記入ください。

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、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。

保護者氏名	接種に同伴する方の氏名
私( )はインフルエンザワクチン予防接種に関する責務の一切を( )に委託します。	続柄: ( )
令和 年 月 日	保護者氏名 _____ 印
	緊急連絡先 _____