

季節性インフルエンザ予防接種予診票

(中学生以下：1回目・2回目)
(高校生(相当)：1回目) ※該当箇所には○をつけてください

		診察前の体温	度	分
住所			電話番号	
受ける人の氏名		男・女	生年月日	年 月 日
保護者の氏名			年齢	(満 歳 カ月)

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。 ※小学生以下の方のみ 出生体重 ()g		あった あった ある	なかった なかった ない	
分娩時に異常がありましたか。 出生後に異常がありましたか。 乳幼児検診で異常があると言われたことがありますか。				
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。		はい	いいえ	
病名 ()				
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。		はい	いいえ	
具体的な症状を書いてください。()				
最近1ヶ月以内に、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病気の方がいましたか。		はい	いいえ	
病名 ()				
最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。		はい	いいえ	
予防接種の種類 ()				
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	
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。		はい	いいえ	
予防接種の種類 ()				
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	
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・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した。	
医師の署名 又は記名押印	※13歳以上の中学生で、2回目接種が必要な場合はその理由を記載

保護者の記入欄	
※ インフルエンザ予防接種費用は、10月1日～翌年2月末日までの期間の接種分に限り、助成対象になります。	
1. 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、ワクチンの接種を (希望します ・ 希望しません)。	
2. 市町村のインフルエンザ予防接種費助成金の代理受領について、接種医療機関に委任します。	
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		実施場所		
Lot No.		医師名		
	ml	接種年月日	令和 年 月 日	

富士吉田市・道志村・西桂町・忍野村・山中湖村・鳴沢村・富士河口湖町
(該 当 市 町 村 に ○)