

壬生町インフルエンザ予防接種予診票

(小学1年生～中学3年生・高校3年生相当用)

※ 太い線で囲まれたところを記入してください

診察前の体温 度 分

住所	壬生町		電話
ふりがな 受ける人の氏名		生年月日	平成 年 月 日生
保護者の氏名			(満 歳 ヶ月)

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について説明文書を読んで理解しましたか。	はい	いいえ	
今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン1回目ですか。	はい	いいえ	
今日体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いてください()	はい	いいえ	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか。病名() ・その場合、治療(投薬など)を受けていますか。 ・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 はい はい	いいえ いいえ いいえ	
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。 病名()	はい	いいえ	
1ヶ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘(みずぼうそう)、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	
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	
これまでに特別な病気(先天性異常、心臓血管系、腎臓、肝臓、血液疾患、脳神経の病気、発育障害、免疫不全症、その他の病気)にかかり、医師の診察を受けたことがありますか。 病名()	はい	いいえ	
これまでに重度の喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
これまでにひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。()歳頃 そのとき熱がでましたか。	はい はい	いいえ いいえ	
薬や食品(ゼラチン、鶏卵、鶏肉など)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はありますか。薬・食品名()	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全症と診断されている方はいますか。	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	
これまでに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	
6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射をうけましたか。	はい	いいえ	
(女性の方に)現在妊娠中しているあるいは妊娠している可能性がありますか。 または授乳していますか。 注:経鼻弱毒生ワクチンの場合、接種後約2か月間は妊娠しないよう注意してください。	はい はい	いいえ 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(実施できる・見合わせたほうがよい)と判断します。

保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び健康被害救済について説明しました。

※経鼻弱毒生インフルエンザワクチン接種対象者が2歳以上19歳未満であることを確認しました。

医師署名又は記名押印

医師の診察、説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応などについて理解した上で、接種することに
(同意します・同意しません) ※どちらかを○でかこんで下さい。

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、本予診票が町に保存されることに同意します。 保護者自署

使用ワクチン名	接 種 量		実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No.	皮下接種 0.5ml	経 鼻 0.2ml	実施場所 医 師 名 接種年月日 令和 年 月 日