

鶴岡市インフルエンザ予防接種予診票

任意接種用

対象者：生後6か月～高校3年生相当

太枠内を記入してください

ふりがな		男・女	生年月日	令和・平成 年 月 日生 (満 歳 カ月)	診察前の 体温	度 分
受ける人の 氏名					朝の体温	度 分
住 所	鶴岡市		保護者名 *1		*1 被接種者が満16歳以上の場合は、記載は不要です	
	日中連絡先 (☎)					

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書をよく読んで理解しましたか	はい いいえ	
インフルエンザ予防接種は今シーズン1回目ですか (2回目の場合：1回目接種 月 日)	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、何か病気にかかっていますか 病名 ()	はい いいえ	
その病気で治療(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	はい いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか いつ頃 () 病 名 ()	はい いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか いつ頃 (月 日) 予防接種名 ()	はい いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経の病気、血液疾患、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 いいえ	
いつ頃 () 病 名 ()	はい 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	はい いいえ	
これまでに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器疾患と診断され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	
そのとき熱が出ましたか	はい 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 ことがありますか 薬または食品の名前 ()	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	
1か月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方はいますか	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がありますか いつ頃 () 予防接種名 ()	はい いいえ	
【女性の方に】現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか	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	

①、②どちらか当てはまる方を記入し、保護者(被接種者が満16歳以上の場合は本人)自署をお願いします。

【①保護者が同伴する場合】

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することに同意しますか

(同意します ・ 同意しません)

かつこの中のどちらかを○で囲んでください

【②保護者が同伴しない場合】

お子様(あなた)の病歴・健康状況・接種当日の体調等を考慮し、また、「インフルエンザ予防接種」の説明書を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに同意しますか

(同意します ・ 同意しません) かつこの中のどちらかを○で囲んでください

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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

*2 保護者又は
被接種者自署 氏名

*3 住所

*3 緊急連絡先Tel

*2 被接種者が満16歳以上の場合は本人

*3 保護者が同伴しない場合は、住所、緊急連絡先を必ず記入してください

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 (実施できる ・ 見合わせた方がよい) と判断します。
保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。

医師署名又は記名押印

接 種 年 月 日	実施場所・医師名	用法・用量	ロットNo.
	実施場所： 医師名：	皮下注射 <input type="checkbox"/> 0.5ml (3歳以上) <input type="checkbox"/> 0.25ml (3歳未満)	鼻腔内に噴霧 <input type="checkbox"/> 0.2ml (各鼻腔内0.1ml 噴霧、2歳以上) (注)有効期限がきれていないか確認