

経鼻 町助成額 3,000 円

接種期限：令和8年1月31日まで

季節性インフルエンザ予防接種予診票

三川町長 阿部 誠



インフルエンザ予防接種の一部を助成します。

コード		診察前の体温		度		分	
住 所	三川町大字	TEL ()		—			
フリガナ		男・女	生年 月 日	平成 令和	年 月 日 生	(歳	ヶ月)
受ける人の氏名							
(保護者氏名)							

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
1. 今日のインフルエンザの予防接種について説明書を読みましたか	はい	いいえ	
2. 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	
(接種を受ける方がお子さんの場合)			
3. 分娩時、出生時、乳児健診などで異常がありましたか 具体的に()	はい	いいえ	
4. 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()	あ る	な い	
5. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか 病名()	はい	いいえ	
6. 1か月以内に何か病気にかかりましたか 病名()	はい	いいえ	
7. 1か月以内に近親者や周囲に麻しん(はしか)、風しん、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜなどに かかった方がいますか 病名()	はい	いいえ	
8. 1か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	
9. 今までに特別な病気(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、医師の診断を受けたことがありますか 病 名()	あ る	な い	
(“はい”の場合) その主治医には、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	
10. これまでに重度のぜんそく等の呼吸器疾患と診断されたことはありますか ()年()月頃 (現在治療中 ・ 治療していない)	はい	いいえ	
11. ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか (回くらい 最後は 年 月ごろ)	はい	いいえ	
(“はい”の場合) そのとき熱が出ましたか	はい	いいえ	
12. 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	はい	いいえ	
13. 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 いつ頃() 予防接種の種類()	はい	いいえ	
14. (女性の方に)現在妊娠しているあるいは妊娠している可能性はありますか または授乳していますか 注)接種後2ヶ月は妊娠をしないようにしてください	はい	いいえ	
15. 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 (もしくは保護者) 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。また、本剤の接種対象者が2歳以上19歳未満であることを確認した。 医師署名又は記名押印
--------------	--

ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
名 称：フルミスト点鼻薬 メーカー名：第一三共株式会社 製造番号：	点鼻 (各鼻腔 0.1mL 噴霧) 0.2 mL	実施場所 医師名 接種年月日 年 月 日

インフルエンザ予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて 本人の署名 (もしくは保護者の署名)
理解した上で、接種することを (希望します ・ 希望しません)。 _____

(被接種者が自署できない場合、代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載ください。) 代筆者の場合：続柄 _____

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、本予診票が町に提出されることに同意します。