※該当する方を○で囲んでください。

(インフルエンザHAワクチン・経鼻弱毒生インフルエンザワクチン)

インフルエンザ予防接種予診票

天童市

《6か月～18歳対象》

住所 天童市		診察前の体温		度		分	
電話番号		男・女		生年		年 月 日生	
ふりがな 受ける人の氏名		男・女		月日		(満 歳 か月)	
保護者の氏名							

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市から配られている説明書を読みましたか	はい	いいえ	
今シーズン、インフルエンザ予防接種は受けましたか (月 日) (※経鼻弱毒生ワクチン(フルミスト点鼻液)はシーズン1回投与となります。)	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	
最近1か月以内に病気にかかりましたか いつ () 病名 ()	はい	いいえ	
1か月以内に家族や近親者に麻しん、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か月以内に予防接種を受けましたか いつ () 予防接種の種類 ()	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	
今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病気)にかかり、医師の診断を受けたことはありますか	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いわれましたか	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	
今までに間質性肺炎、気管支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	
薬や食品(ニワトリの肉や卵)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・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	

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、副反応及び独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、説明をしました。

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、重篤な副反応及び独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済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) ※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、本予診票が市に提出されることに同意します。

被接種者又は保護者自署
(※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署)

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 mℓ 接種部位 右・左 上腕・大腿	実施場所 医師名
(注)有効期限が切れていないか要確認	点鼻(各鼻腔0.1mℓ噴霧) 0.2mℓ	接種年月日 年 月 日

保護者自署欄

インフルエンザ予防接種を受けるに当たっての説明を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済などについて理解した上で、子どもに接種させることに同意します。

なお、この予診票は予防接種の安全性の確保を目的のために作成されたことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

保護者自署

住 所

緊急の連絡先

- ※ この面の保護者自署欄は、インフルエンザの予防接種において、保護者が同伴しない場合に必要となるものです。16歳未満のお子様一人で予防接種を受ける場合は、保護者が署名して下さい。保護者の署名及び同意確認がないと予防接種は受けられません。
- ※ 13歳未満のお子様接種する場合は、保護者の同伴が必要です。

裏面は予診票になっています。

※予診票にも保護者自署欄があります。