

# 小児インフルエンザワクチン接種予診票

(市提出用)

【任意接種】

住所	小金井市 町		
フリガナ			
受ける人の氏名	電話番号 ( ) -		
生年月日	年 月 日	性別	接種日
保護者の氏名	年 月 日 (満 歳 か月)	男	診察前の体温
	年 月 日 (満 歳 か月)	女	度 分

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、説明書を読んで理解しましたか。	はい	はい
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。 ※「いいえ」の方は、何回目ですか。	はい	はい
( ) 回目 前回の接種は ( 月 日 )	はい	はい
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	はい
現在、何かの病気で医師にかかっていますか。病名 ( )	はい	はい
・その場合、治療(投薬など)を受けていますか。	はい	はい
・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いわれましたか。	はい	はい
最近1か月以内に病気にかかりましたか。	はい	はい
病名 ( )	はい	はい
1 か月以内に家族や周囲に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気がいましたか。	はい	はい
病名 ( )	はい	はい
1 か月以内に予防接種を受けましたか。	はい	はい
予防接種の種類 ( )	はい	はい
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がかかり、医師の診察を受けていますか。病名 ( )	はい	はい
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といわれましたか。	はい	はい
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	はい
そのときに熱が出ましたか。	はい	はい
薬や食品(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	はい
今までに間質性肺炎、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	はい
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	はい
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。	はい	はい
予防接種の種類 ( )	はい	はい
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	はい
予防接種の種類 ( )	はい	はい
(女性の方に)現在、妊娠していますか。	はい	はい
その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや今日の予防接種について質問がありますか。	はい	はい

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、接種をすることに(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。このことを理解し、本予診票が市に提出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	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No. (注) 有効期限が切れていないか要確認	皮下接種	小金井ファミリ-CL	
接種区分	<input type="checkbox"/> 0.25ml	医師名	雷永智一
インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 0.50ml	接種年月日	年 月 日