

令和 6年度

任意接種(生後6か月から中学生以下)  
インフルエンザ予防接種予診票

自己負担 1回 2,000円

(1回目・2回目)

※ お子さんの健康状態をよく把握している保護者をご記入ください。

住 所		益城町	診察前の体温	度 分	
ふりがな	受ける人の氏名	男・女	生 年 月 日	平成・令和	年 月 日
保護者氏名			年 齢 区 分	・ 満6か月～1歳未満 ・ 1歳以上～就学前 ・ 小学生 ・ 中学生	
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を読んで理解しましたか。			はい	いいえ	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします。					
①分娩時に異常がありましたか。			あった	なかった	
②出生後に異常がありましたか。			あった	なかった	
③乳幼児健診で異常があるといわれたことがありましたか。			ある	ない	
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	いいえ	
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。 病名( )			はい	いいえ	
最近1ヵ月以内に、家族や周囲に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。 病名( )			はい	いいえ	
1ヵ月以内に予防接種をうけましたか。 予防接種の種類( ) 前回の接種日: 月 日			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、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。 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いわれましたか。			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	
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 そのとき熱がでましたか。			はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発しん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	
これまでにインフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。			はい	いいえ	
①その際に具合が悪くなったことがありますか。			はい	いいえ	
②インフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。 予防接種の種類( )			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	
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	
今日の予防接種について質問がありますか。			はい	いいえ	
(女性のみ)現在妊娠している又は妊娠している可能性はありますか。			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)と判断します。 被接種者及び保護者に対して、予防接種の効果及び副反応並びに全国町村会総合賠償補償保険法及び独立行政 法人医薬品医療機器総合機構法による救済制度について説明しました。 医師署名又は記名押印
-------	--

使用ワクチン名	接種量	医療機関名・医師名・接種年月日			
ワクチン名 メーカー名 製造番号 ※有効期限	ml	医療機関名 医師名 接種年月日	ましきクリニック	桂 文 裕	年 月 日 時 分

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書いてください。)

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理解した上で、接種を希望しますか。

(接種を希望します・接種を希望しません)

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。

年 月 日 保護者自署

委任の場合:保護者から委任された人(氏名)

(続柄)