

任意接種 小児インフルエンザ 予防接種予診票

経鼻弱毒生インフルエンザワクチン（フルミスト点鼻液）用

※太枠内のご記入をお願いします。

診察前の体温

度 分

住 所	山 田 町		
フリガナ		男・女	電 話 番 号
氏 名			
生 年 月 日	平成・令和	年	月 日 生 [満 歳]

質 問 事 項 （あてはまる項目を○でかこんでください。）	回 答 欄		医師記入欄
今日の予防接種について裏面の説明書を読んで、効果や副反応について理解しましたか	いいえ	は い	
今日受けるインフルザ予防接種は今シーズン1回目ですか <small>注：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。</small>	いいえ () 回目	は い	
今日、体に具合の悪いところがありますか	は い 具体的に ()	いいえ	
現在、何かの病気にかかっていますか	は い 具体的に ()	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	は い 病名 ()	いいえ	
これまでに特別な病気（心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、発育障害、その他の病気）にかかり、医師の診察を受けたことがありますか	は い 病名 ()	いいえ	
これまでに重度の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 (年 月頃) 現在治療中・治療していない	いいえ	
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか	は い (回くらい) (最後は 年 月頃)	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	は い 薬、薬品名 ()	いいえ	
近親者の中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 予防接種名 ()	いいえ	
近親者の中で先天性免疫不全症と診断された方はいますか	は い 続柄 ()	いいえ	
最近1か月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘（水ぼうそう）、おたふくかせなどにかかった方はいますか	は い 病名 ()	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか。	は い 予防接種名 ()	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	は い 予防接種名 () 症状 ()	いいえ	
（予防接種を受けられる方が16歳以下の場合）分娩時、出生時、乳児健診などで異常がありましたか	は い 具体的に ()	いいえ	
（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がありますか または授乳していますか <small>注：接種後約2か月間は妊娠をしないように注意してください</small>	は い	いいえ	
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 具体的に ()	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18歳未満であることを確認した。	医師の署名または記名押印 _____
----------	--	-----------------------

ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日			
Lot No.	ml	実施場所	医師名	接種年月日	
				西暦	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、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性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。

令和 年 月 日 保護者の署名
 （もしくは本人の署名） _____ 続柄 ()