

平川市		インフルエンザ 予防接種予診票			13歳～中学3年生 用		
住所	平川市			診察前の体温		度	分
				連絡先(電話番号)			
(フリガナ) 受ける人の氏名				男・女	保護者の氏名		
生年月日	平成	年	月	日	生(満	歳	か月)
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示されている説明書を読みましたか。(裏面に記載)					はい	いいえ	
今回の予防接種の効果や副反応等について理解しましたか。					はい	いいえ	
現在体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状()					いいえ	はい	
1か月以内に病気にかかりましたか。 病名()					いいえ	はい	
1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜ等の病気の人がいま したか。 病名()					いいえ	はい	
1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類()					いいえ	はい	
これまでに生まれつきの病気、心臓・腎臓・肝臓・血液・脳神経の病気、免疫不全症、胃 腸障害、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()					いいえ	はい	
治療(投薬等)を受けていますか。					いいえ	はい	
その病気を診てもらっている医師に今回の予防接種を受けてよいと言われましたか。					はい	いいえ	
近親者に生まれつきの免疫不全と診断を受けた人はいますか。					いいえ	はい	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。 ()歳頃又は()か月頃					いいえ	はい	
そのとき熱が出ましたか。					いいえ	はい	
薬や食品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()					いいえ	はい	
6か月以内に輸血又はガンマグロブリンの注射を受けましたか。					いいえ	はい	
生まれてから今までに家族等身のまわりに結核にかかった人がいましたか。					いいえ	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。 予防接種の種類()					いいえ	はい	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか。					いいえ	はい	
今回の予防接種について質問がありますか。					いいえ	はい	
保護者の記入欄							
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、医薬品医療機器総合機構法に基づく救済等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)。※かっ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、本予診票を市に提出することに同意します。							
保護者の自署							
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。							
医師記名							
使用ワクチン名	接種方法・接種量・接種部位			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 mL ・右上肢 ・左上肢 ・右下肢 ・左下肢 ・その他 []			実施場所 医師名 接種年月日 年 月 日			