

					点 鼻	
平川市		経鼻弱毒生インフルエンザ 予防接種予診票			2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・令和	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。(シーズン1回投与)				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。						
出生体重()g 分娩時に異常がありましたか。				なかった	あった	
出生後に異常がありましたか。				なかった	あった	
乳幼児健診で異常があるとされたことがありますか。				ない	ある	
今日体に具合の悪いところがありますか。						
「はい」の場合、具体的に()				いいえ	はい	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか。(病名				いいえ	はい	
その場合、治療(投薬など)を受けていますか。				いいえ	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	いいえ	
最近、1か月以内に病気にかかりましたか 病名()				はい	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、医師の診察を受けていますか。				いいえ	はい	
病名()						
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	
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。				いいえ	はい	
「はい」の場合、時期(年 月頃) (現在治療中・治療していない)						
これまでにひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。				いいえ	はい	
「はい」の場合、(回くらい) (最後は 年 月頃)						
これまでに薬や食品(ゼラチン、鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発疹が出たり、体の具合がわるくなったことはありますか。 薬・食品名()				いいえ	はい	
近親者の中に予防接種を受けて、具合が悪くなった方がいますか。				いいえ	はい	
「はい」の場合、予防接種の種類()						
近親者の中に先天性免疫不全症と診断された方はいますか。				いいえ	はい	
1か月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。				いいえ	はい	
「はい」の場合、 病名()						
1か月以内に予防接種を受けましたか。				いいえ	はい	
「はい」の場合、予防接種の種類()						
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。						
「ある」場合、予防接種の種類()、症状()				ない	ある	
その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや予防接種について質問がありますか。				いいえ	はい	
「はい」の場合、具体的()						
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、副反応及び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	点鼻 (各鼻腔 計 mL 噴霧) mL			実施場所 医師名 接種年月日 年 月 日		