

平川市

点鼻液 用

経鼻弱毒生インフルエンザ 予防接種予診票（2歳以上、中学3年生以下用）

		診察前の体温		度		分	
住 所	平川市						
ふりがな							
受ける人の氏名			男・女	生年月日	年 月 日生		
保護者の氏名				(満 歳 カ月)			

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説明文書を読んで理解しましたか。（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。 出生後に異常がありましたか。 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか。	あった あった ある	なかった なかった ない	
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（ ）	はい	いいえ	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか。（病名 ） ・その場合、治療（投薬など）を受けていますか。 ・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 はい	いいえ いいえ いいえ	
最近1カ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。病名（ ）	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	
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」の場合、時期（ 年 月頃）（現在治療中・治療していない）	はい	いいえ	
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。 「はい」の場合、（ 回くらい）（最後は 年 月頃）	はい	いいえ	
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、体の具合が悪くなったことはありますか。 薬、食品名（ ）	はい	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がいますか。 「はい」の場合、予防接種の種類（ ）	はい	いいえ	
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。	はい	いいえ	
1カ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。「はい」の場合、病名（ ）	はい	いいえ	
1カ月以内に予防接種を受けましたか。 「はい」の場合、予防接種の種類（ ）	はい	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はありますか。 「ある」の場合、予防接種の種類（ ）、症状（ ）	ある	ない	
（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。※接種後約2カ月間は妊娠しないように注意してください。	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」の場合、具体的に（ ）	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（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、予防接種の効果や副反応など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	用法・接種量	実施場所・医師名・接種日時
ワクチン名 Lot No. 有効年月日 年 月 日	点鼻 (各鼻腔 計 mL噴霧) m L	実施場所 医師名 接種年月日 年 月 日