

広野町小児インフルエンザ予防接種予診票(馬場医院用)

フリガナ		男・女	生年月日	平成・令和 年 月 日生
氏名				(満 歳 か月)
保護者の氏名			診察前の体温	度 分
住所・電話	広野町 〇〇 ()			

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効果や副反応などの説明書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 出生体重 ()g			
分娩時に異常がありましたか	はい	いいえ	
出生後に異常がありましたか	はい	いいえ	
乳幼児健診などで異常があるといわれたことがありますか	はい	いいえ	
今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、血液疾患、免疫不全、ひきつけの病気などにかかったことがありますか 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もよいと言われましたか	はい	いいえ	
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか 病名 ()	はい	いいえ	
最近1か月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、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 病名 ()	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところはありますか 具体的な症状を書いてください ()	はい	いいえ	
薬や食品、特に卵や鶏肉でじんましんが出たり具合が悪くなったことがありますか それはどのようなものですか ()	はい	いいえ	
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	はい	いいえ	
予防接種の種類 ()			
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	
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	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 () 月 日)	はい	いいえ	
今日の予防接種について聞きたいことがありますか	はい	いいえ	
(中学生以上の女性のみ) 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 (**実施できる・見合わせた方がよい**) と判断します。
 保護者または本人に対して、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、説明をしました。

医師署名又は記名押印

1. 保護者の方が同伴する場合にはこちら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、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、
 ワクチンの接種を (**希望します** ・ **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、本予診票が町に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 署名

2. 中学生・高校生のお子さんで保護者が同伴しない場合にはこちらに記入してください。(保護者の同意と署名がなければ予防接種は受けられません。)
 上記の質問事項に対し、保護者が記入された回答をもとに、医師が問診や診察を行い、予防接種可能であると判断した場合、
 予防接種することに (**同意します** ・ **同意しません**)
 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、本予診票が町に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 署名

ロット番号記入又はシール貼付	接種方法	医療機関名・医師名・接種年月日	接種区分
ワクチン名	皮下接種	医療機関名	☐ 1回目
Lot No	☐ 右 ☐ 左 ☐ 0.5mL(3歳以上) ☐ 0.25mL(6か月～3歳)	医師名	☐ 2回目
(有効期限) 年 月 日		接種年月日 令和 年 月 日	
		午前・午後 時 分	