

【任意】インフルエンザ予防接種予診票（鹿屋市）

公費助成対象者用

※ ボールペンで、太枠内の項目に○をするか記入をしてください。

区分	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 13歳以上	診察前の体温	度 分
住所	鹿屋市	電話番号	
(フリガナ) 氏名	() 男・女	生年月日 (接種日時点の年齢)	平成・令和 年 月 日生 (満 歳 ヶ月)
保護者の 氏名			

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町村から配られている説明書を読みましたか。	いいえ	はい	
接種するお子さんの発育歴についておたずねします。出生体重()グラム 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さ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	
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。(病名) いつ頃(月 日ごろ)(病院名)	はい	いいえ	
1ヶ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。(病名)いつ頃(月 日ごろ)	はい	いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか。	はい	いいえ	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。(予防接種名) (最後に受けた予防接種 月 日 ごろ)	はい	いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、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	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	いいえ	はい	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。いつ頃(歳 か月ごろ)	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか。	はい	いいえ	
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。	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	
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。 (予防接種の名前)	ある	ない	
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。	はい	いいえ	
6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか。	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

〈医師の記入欄〉

以上の問診及び診断の結果、今日の予防接種は(**実施できる・見合わせたほうがよい**)と判断します。
保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明しました。

医師署名又は記名押印

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度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**) ※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。

このことを理解のうえ本予診票が市町村に提出されることに同意します。保護者(同伴者)自署

使用ワクチン名	接種量	接種腕	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No.	(皮下注射) ml	右 左	実施場所 医師名 接種年月日 年 月 日
(注)有効期限がきれていないか要確認			

(注)ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

委任状

(注) 保護者以外の方(祖父母等)が同伴した場合のみ記入してください。

本接種について、(委任者) _____ から

(同伴者) _____ に一切の権限を委任します。

同伴者の住所 (_____)

同伴者の電話番号 (_____)

※ 保護者とはお子さんの父親、母親、後見人のことです。