

小児インフルエンザワクチン接種予診票

〔市提出用〕
【任意接種】

住 所	小金井市 町		
フ リ ガ ナ		男 ・ 女	電話番号 () -
受ける人の氏名			接種日 年 月 日
生 年 月 日	年 月 日生 (満 歳 か月)		診察前の体温 度 分
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、説明書を読んで理解しましたか。	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。 ※「いいえ」の方は、何回目ですか。 () 回目 前回の接種は (月 日)	はい いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いてください ()	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 ()	はい いいえ	
・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 いいえ 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	
1か月以内に家族や周囲に麻疹、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 ()	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 ()	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。	はい いいえ	
ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。 () 歳頃	はい いいえ	
そのときに熱が出ましたか。	はい いいえ	
薬や食品（鶏卵、鶏肉など）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	
今までに間質性肺炎、気管支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 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がありますか。 予防接種の種類 ()	はい いいえ	
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。 予防接種の種類 ()	はい いいえ	
(女性の方に) 現在、妊娠していますか。	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 いいえ	
医師の記入欄 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		

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） ※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。このことを理解し、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	接種量	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を確認	皮下接種 <input type="checkbox"/> 0.25ml	実施場所 東京都小金井市本町1-18-3ユニバーサル武蔵小金井2F 武蔵小金井駅前こどもクリニック 医師名 恩田 恵子 TEL: 042-387-5533
接種区分	<input type="checkbox"/> 0.50ml	
インフルエンザ		接種年月日 年 月 日