

(別紙様式1)

インフルエンザワクチン予防接種予診票

小学生以下のお子さんの
2回目接種希望

有 無

* 接種希望の方へ: 太枠内にご記入ください。
* お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者をご記入ください。

診察前の体温 度 分

住 所	隠岐郡海士町大字	電話 ()	—
受ける人の氏名		男・女	生年月日 明治・大正 昭和・平成 年 月 日 (満 歳 カ月)

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
今日のインフルエンザの予防接種について、説明文(裏面)を読み理解しましたか。	いいえ	はい
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(回目)	はい
今日、体に具合の悪いところがありますか。	ある(具体的に)	ない
現在、何かの病気で医師にかかっていますか。薬をのんでいますか。	はい(病名: (いる ・ いない))	いいえ
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。	はい(病名: (いる ・ いない))	いいえ
今までに特別な病気(心臓血管系、腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、その他の病気)にかかり、医師の診察を受けていますか。	いる(病名:)	いない
近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか。	はい	いいえ
今までにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	ある 回ぐらい 最後は、 年 月頃	ない
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。	ある(薬または食品の名前) ()	ない
これまで気管支喘息と診断され、現在、治療中ですか。	はい 年 月頃 (現在治療中・治療していない)	いいえ
これまでに予防接種を受けて特に具合が悪くなったことがありますか。	ある(予防接種名・症状) ()	ない
1ヶ月以内に家族や周囲で麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	いる(病名:)	いいえ
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。	はい(予防接種名:)	いいえ
(女性のみ) 現在妊娠していますか。又は、妊娠している可能性はありますか。	はい	いいえ
(接種を受けられる方がお子さんの場合) 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。	はい(具体的に)	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があれば、具体的に書いてください。		

(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 ・ 見合わせる)と判断します。
本人(本人が未成年者の場合は保護者)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た。

医師の署名又は記名押印

(被接種者の記入欄)

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、副反応の可能性などについて理解した上で、予防接種を希望しますか。
(希望します ・ 希望しません)。

本人自署または保護者の署名 令和 年 月 日

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
	0.25 ml	実施場所 海士町国民健康保険 海士診療所 医師名 □ 木田川 利行 □ 川浪 淳一 □ 佐々木 弘輔 □ 木田川 幸紀
	0.5 ml	接種日時 令和 年 月 日 時 分