

国立市子どものインフルエンザ予防接種予診票

(生後6か月以上の未就学児対象)

【任意接種】

※経鼻ワクチンは2歳以上になります

*太線内の必要事項をもれなく記入し、回答欄はいずれかを「○」で囲んでください。

接種ワクチン	HA ワクチン	経鼻弱毒生ワクチン	年	月	日
接種歴	今シーズン、インフルエンザ予防接種は 1回目・2回目 前回の日付 (年 月 日) ※経鼻弱毒生ワクチン (フルミスト点鼻薬) はシーズン1回の投与になります				
住所	国立市		診察前の体温		度 分
電話番号					
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			月 日	(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医師の説明を受け、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 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 なかった あった なかった ある な い	
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	
最近 1 カ月以内に病気にかかりましたか 病名 (月 日、)	はい いいえ	
1カ月以内に家族や友達に麻疹 (はしか)、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 カ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	
生まれてから今までに特別な病気 (先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、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 () ↓ その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種は受けてよいといわれましたか (はい ・ いいえ)	はい いいえ	
ひきつけ (けいれん) を起こしたことがありますか (歳 カ月頃) ↓ そのとき熱が出ましたか (度)	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 薬・食品名 ()	はい いいえ	
気管支ぜんそくなどの呼吸器系の疾患がありますか	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 予防接種の種類 ()	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	
今日の予防接種について質問がありますか	はい いいえ	
他に医師に伝えておきたいことがあれば書いてください		

任意予防接種で、健康被害が生じた場合は、健康被害の程度により、国立市が加入する全国市長会予防接種事故賠償保険の対象となります。また、独立行政法人医薬品医療機器総合機構による健康被害の救済制度の対象となります (予防接種法に基づく国の救済制度の対象にはなりません)。

<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、副反応および医薬品医療機器総合機構法に基づく救済制度について、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、医薬品医療機器総合機構法に基づく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。このことを理解の上、本予診票が国立市に提出されることに同意します。

保護者自署

続柄:父、母、親権者

(続柄について当てはまるところを○で囲んでください)

使用ワクチン名	接種量			実施場所・医師名・接種 (予診) 年月日
HA ワクチン 経鼻弱毒生ワクチン Lot No. (注) 有効期限が切れていないか要確認	6か月以上 3歳未満 0.25ml (皮下接種)	3歳以上 0.5ml (皮下接種)	点鼻 (2 歳以上) 0.2ml (各鼻腔) 0.1ml 噴霧	実施場所 医 師 名 接種 (予診) 年月日 年 月 日

【市提出用】