

(生年月日がH14.4.2以降かつ接種日に満1歳以上)

診察前の体温 度 分

住 所	多治見市 町	電話()
(ふりがな) 受ける人の氏名	男 平成 年 月 日生
保護者の氏名	女 (満 歳 カ月)

*太枠内をご記入ください。

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	
今シーズン、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	
※母子健康手帳を 見て正確に記入	回数			
	接種日	年 月 日	年 月 日	
※すでに2回接種されている方は、市の予防接種の対象外です				
インフルエンザ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	
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 乳幼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 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がありますか 具体的な症状()		はい	いいえ	
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか 病名()		はい	いいえ	
1ヵ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()		はい	いいえ	
1ヵ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		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 ()歳頃		はい	いいえ	
そのとき熱がでましたか		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	
6ヵ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	
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可 能 ・ 見 合 わ せ る) 保護者に、予防接種の効果、副反応、予防接種健康被害救済制度の説明をした。 医師署名又は記名押印				

ワクチン名・ロットNo.	接種量	医療機関名・医師名	接種日
インフルエンザHAワクチン Lot No.	(皮下接種) <input type="checkbox"/> 0.25mℓ (1歳以上3歳未満) <input type="checkbox"/> 0.5mℓ(3歳以上)		

インフルエンザ予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後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、副反応について理解のうえ、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。

これを理解のうえ、本予診票が多治見市に提出されることに同意します。

保護者自署