様式第1号

長井市

小児インフルエンザ予防接種予診票

□１回目	□不活化ワクチン □経鼻生ワクチン
□２回目	不活化ワクチン

※太い線で囲まれたところを記入するか○で囲んでください

診察前の体温			度	分
住所	長井市	電話番号		
ふりがな		男 女	生年 月日	平成・令和　年　月　日生 （満　歳　か月）
受ける人の氏名				
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長井市から配られている説明書を読みましたか	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	あった あった	なかった なかった	
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か月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気にかかった方がいましたか　病名（　　）	はい	いいえ	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。	はい	いいえ	
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	
①その際に具合が悪くなったことはありますか	はい	いいえ	
②インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか	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	
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	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、接種をすることに　　**（　同意します　・　同意しません　）**

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。
このことを理解の上、本予診票が長井市に提出されることに同意します。　**保護者サイン**

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）　有効期限がきれていないか要確認	□皮下 □点鼻 mL	実施場所 医師名 接種年月日　年　月　日