

# インフルエンザ（子ども・妊婦）予防接種 予診票（任意接種）

\*助成は接種日当日、小山市に住民登録のある方のみが対象です。

今シーズンの接種回数

1回目・2回目

診察前の体温

度 分

住 所	〒 小山市			
フリガナ		男・女	生年月日	
受ける人の氏名				昭和・平成・令和
保護者の氏名	電話 ( )			年 月 日 (満 歳 ヶ月)

よく読んであてはまる項目を○で囲み、また、必要なところに記入してください。

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
1 今日受ける予防接種について市から配られている説明書を読み、理解しましたか	いいえ	はい	
2 今日、体の具合が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	
3 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	
4 1か月以内に家族や友達で麻疹、風しん、水痘、おたふくかせなどの病気の方がいましたか 病名 ( )	はい	いいえ	
5 1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 ( )	はい	いいえ	
6 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、医師の診療を受けていますか 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	
7 ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか ( ) 歳頃 そのときに熱が出ましたか	はい	いいえ	
8 薬や食品（特に鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のもの）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はありますか 薬・食品名 ( )	はい	いいえ	
9 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	
10 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 ( )	はい	いいえ	
11 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	
12 【女性の場合】現在妊娠していますか	はい	いいえ	
13 【接種を受けられる方が子どもの場合】 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 出生時に異常がありましたか 乳児検診で異常があるといわれたことがありますか	はい	いいえ	
14 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）  
本人又は家族に対し予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明しました。

医師署名又は記名押印 福嶋 惇 ・ 遠藤 薫

**保護者記入欄**（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）  
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		医療機関 所在地 名 称 医 師 名 接種年月日	栃木県小山市出井1935-1 サンフワークリニック 福嶋 惇 年 月 日	接種済 証発行 の有無
ワクチン名 Lot No.	皮下接種				有 ・ 無
(注)有効期限がきれていないか確認	6ヵ月以上 3歳未満 0.25ml	3歳以上 0.5ml			