

小児インフルエンザ予防接種予診票
(2回目)

朝 日 町

助成上限額 3,000円

質問事項について、ボールペンかインクで記入してください。

体温は予防接種会場で測ります。

有効期限
令和8年10月1日から令和9年1月31日まで

★対象者 13歳未満
1回目の接種日から2～4週間の間隔をおいて

ふりがな 名 前	(男・女)
生年月日	年 月 日生まれ (歳)
住 所	朝日町

年 齢	満 歳	か月
診察前の体温	度	分
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説明書を読みましたか	はい	いいえ	
インフルエンザ予防接種1回目の接種日を記入ください	月 日		
これまでにインフルエンザ予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか そのときの症状を書いてください ()	ある	ない	
これまでにインフルエンザ以外の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	
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 ()	はい	いいえ	
1カ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カ月以内にインフルエンザ以外の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(鶏卵、鶏肉等)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	
6カ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はありますか	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、本予診票が朝日町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	実施場所・医師名・接種年月日	
ワクチン名 Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認	(皮下接種) 6カ月以上3歳未満 0.25ml 3歳以上13歳未満 0.5ml	実施場所 接種年月日	医師名 令和 年 月 日

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、
この注射を3～6カ月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。