

住 所	最 上 町 大 字	診察前の体温		度 分		
受ける人の氏名	ふ り が な	男 女	生年 月日	平成・令和 年 月 日生 (満 歳 カ月)		
			TEL			
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町から配られている説明書を読みましたか				はい	いいえ	
今回受けるインフルザ 予防接種は今シーズン 1 回目ですか。				はい	いいえ (回目)	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。 出生体重 () g				ある	ない	
今日体に具合の悪いところがありますか (月 日から) 具合の悪い症状を書いてください () 現在薬を飲んでいますか (はい ・ いいえ) 現在何かの病気で医師にかかっていますか。(病名)				はい	いいえ	
最近 1 ヶ月以内に熱が出たり病気にかかりましたか (月 日から 日間) 病名 ()				はい	いいえ	
1 ヶ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の方がいましたか (病名)				はい	いいえ	
1 ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 () 実施日 (月 日)				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	
これまで間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断され、現在、治療中ですか。				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 (最後は 年 月頃)				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(鶏肉、鶏卵など)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がありますか 予防接種の種類 ()				ある	ない	
(女性の方に) 現在妊娠していますか。				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	

医師の記入欄

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、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、説明しました。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などについて理解した上で、接種することに同意します。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	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
ワクチン名	□皮下接種 ml	実施場所
Lot No.	□経鼻 ml	医師名
(注)有効期限切れていないか要確認		接種日時 令和 年 月 日 時 分