

国立市子どものインフルエンザ予防接種予診票 (生後6か月以上の未就学児対象) **【任意接種】**

\*太線内の必要事項をもれなく記入し、回答欄はいずれかを「○」で囲んでください。

		年 月 日	
接種歴	今シーズン、インフルエンザ予防接種は 1回目・2回目 前回接種の日付( 年 月 日)	前日夜の体温	度 分
住所	国立市	当日朝の体温	度 分
電話番号 ふりがな		診察前の体温	度 分
受ける人の氏名	男・女	生年 月 日	年 月 日生
保護者の氏名		月 日	(満 歳 カ月)

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から配られている説明書を読み、理解しましたか	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 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( 月 日、 )	はい	いいえ	
1カ月以内に家族や友達に麻疹(はしか)、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カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類( 月 日、 )	はい	いいえ	
生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、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は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)を起こしたことがありますか ( 歳 カ月頃 )	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか ( 度 )			
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 薬・食品名( )	はい	いいえ	
気管支ぜんそくなどの呼吸器系の疾患がありますか	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か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	
他に医師に伝えておきたいことがあれば書いてください			

任意予防接種で、健康被害が生じた場合は、健康被害の程度により、国立市が加入する全国市長会予防接種事故賠償保険の対象となります。また、独立行政法人医薬品医療機器総合機構による健康被害の救済制度の対象となります(予防接種法に基づく国の救済制度の対象にはなりません)。

<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、副反応および医薬品医療機器総合機構法に基づく救済制度について、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、医薬品医療機器総合機構法に基づく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、本予診票が国立市に提出されることに同意します。

続柄:父、母、親権者

保護者自署

(続柄について当てはまるところを○で囲んでください)

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日		
インフルエンザ HA ワクチン Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認	6か月以上3歳未満 0.25ml(皮下接種)	実施場所		
	3歳以上 0.5ml(皮下接種)	医師名		
		接種年月日	年 月 日	