

三島町インフルエンザ予防接種予診票

				診察前の体温	度	分
住 所					電 話 番 号	
フリガナ		性 別	男・女	生年月日	年 月 日（満 歳）	
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
① 今日のインフルエンザ予防接種について説明書（裏面）を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
② 今日普段と違って具合の悪いところがありますか。（具体的に	はい	いいえ	
③ 現在、何か病気にかかっていますか。（はい→病名 治療（投薬など）を受けていますか。 その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい はい いいえ	いいえ いいえ はい	
④ 最近1か月以内に病気にかかりましたか。（はい→病名	はい	いいえ	
⑤ 特別な病気（先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気・免疫不全症、血液疾患、 その他）にかかったことがありますか。（はい→病名	はい	いいえ	
⑥ 薬や食品（特に鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のもの）で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、 体の具合が悪くなったことがありますか。（はい→薬品・食品名	はい	いいえ	
⑦ けいれんを起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
⑧ 今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
⑨ 今日受けるインフルエンザ予防接種は、今シーズン1回目ですか。（いいえ→前回の接種）	いいえ	はい	
⑩ インフルエンザ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	
⑪ 4週間以内に生ワクチンの予防接種を受けましたか 又は1週間以内に不活化ワクチンの予防接種を受けましたか（はい→予防接種名）	はい	いいえ	
⑫ 近親者に先天性免疫不全症の方がいますか。	はい	いいえ	
⑬ 1ヵ月以内に近親者や周囲で麻疹（はしか）、風しん、水痘（水ぼうそう）、おたふくかぜなどに かかった方はいますか	はい	いいえ	
⑭ 【接種を受ける方が子どもさんの場合】 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。（はい→具体的に 出生体重（ ）グラム	はい	いいえ	
⑮ その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや、質問があれば具体的にご記入ください。 （ ）			

【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（ 可能 ・ 見合わせる ）
本人（もしくは保護者）に対して、予防接種の効果や副反応等及び予防接種健康被害救済制度について説明をした。

医師の署名又は記名押印

【インフルエンザ予防接種希望書】
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、以下のワクチンの接種を（ 希望します ・ 希望しません ）
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。このことを理解した上で、本予診票が三島町に提出されることに同意します。

令和 年 月 日

本人（保護者）自署 代筆者名 続柄

※自署できない方については、代筆者が署名し、代筆者の氏名及び被接種者との続柄を記入してください。

ワクチンメーカー名、ロット番号	接 種 量	医療機関名
ワクチンメーカー名	皮下接種	接種医師名
Lot No.	ml	接種年月日