（様式第1号）

小児インフルエンザ予防接種予診票兼助成券

※太枠の項目をあらかじめを記入の上、ご持参下さい　　接種期間：令和5年10月1日～令和6年1月31日　舟形町

接種回数	1回目　　2回目		診察前の体温	度　　分
住　所	舟形町			
氏名（フリガナ）		男・女	生年月日	年　月　日生（満　歳）

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日のインフルエンザの予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	はい	いいえ	
現在何か病気にかかっていますか。　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 はい	いいえ いいえ いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
今日、身体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いて下さい。（　　）	はい	いいえ	
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。	はい	いいえ	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 ①その際に具合が悪くなったことはありますか ②インフルエンザ以外の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 はい はい	いいえ いいえ いいえ	
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。	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（　　）	はい	いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名（　　） 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言われましたか。	はい はい	いいえ いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名（　　）	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	

【インフルエンザ予防接種　接種歴】　※今年度2回目の接種の方は、前回の接種年月日を記入してください。

インフルエンザ予防接種1回目　（令和　　年　　月　　日）実施

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（　可能　・　見合わせる　） 本人に対して、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、説明した。 医師署名又は記名押印

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確認	ml	実施場所 医師名 接種年月日　　年　　月　　日

インフルエンザ予防接種希望書　（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、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。

（　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。
このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

令和　　年　　月　　日　　保護者自署＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿