

舟形町小児インフルエンザ予防接種予診票

<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> インフルエンザHA ワクチン <input type="checkbox"/> 経鼻弱毒生インフルエンザワクチン
<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> インフルエンザHA ワクチン

保護者の方へ：太枠内の項目を予めご記入ください

診察前の体温	度 分
--------	-----

住 所	舟形町			
フリガナ 受ける人の氏名		男 女	生年 月日	年 月 日 (満 歳 か月)
保護者の氏名		連 絡 先		

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の説明文を読み、理解しましたか	いいえ	はい	
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 注：経鼻弱毒生ワクチン(フルム点鼻液)はシーズン1回投与になります。	いいえ(回目) 1回目接種日： 年 月 日	はい	
今日体に具合の悪いところがありますか	ある (具体的に：)	いいえ	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい(病名：) 薬をのんでいるか：はい・いいえ	いいえ	
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか	はい(病名：)	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか	はい(予防接種名：)	いいえ	
1か月以内に、家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	はい(病名：)	いいえ	
今までに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患・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	はい(病名：)	いいえ	
そのかかりつけ医に今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか	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	
今までにけいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか	はい(回数： 回) 最後はいつか： 年 月頃	いいえ	
そのとき熱はでましたか	はい	いいえ	
薬や食品(ゼラチン、鶏卵、鶏肉など)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はありますか	はい (薬又は食品の名前：)	いいえ	
これまで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(いつ頃から： 年 月頃) 現在は：治療中・治療していない	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	はい(予防接種名：) その時の症状：	いいえ	
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	はい(具体的に：)	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい(具体的に：)	いいえ	

医師記入欄	<p>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をしました。 医師署名又は記名押印 _____</p>
-------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

保護者記入欄	<p>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、接種することを希望しますか。 (希望します ・ 希望しません) ※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、本予診票が町に提出されることに同意します。 保護者署名 _____</p>
--------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

使用ワクチン名	接種方法・接種量	実施場所、医師名、接種年月日
メーカー名	<input type="checkbox"/> 皮下接種 0.25ml (6ヵ月以上3歳未満) 0.5ml (3歳以上) <input type="checkbox"/> 点鼻 0.2ml(各鼻腔0.1ml噴霧)	実施場所
Lot No.		医師名
		接種年月日 年 月 日