

小児等インフルエンザ予防接種予診票(任意接種)

(経鼻弱毒生インフルエンザワクチン接種用)

診察前の体温 度 分

住 所	※住民票が下野市にない方は使用できません 下野市 ( )		
ふりがな	男・女	生年月日	年 月 日生 (満 歳 か月)
受ける人の氏名			(小学・中学・高校 年生相当)
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、説明書を読んで理解しましたか	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(フルミスト点鼻液)はシーズン1回投与になります	いいえ はい	
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	あった なかった	
出生後に異常がありましたか	あった なかった	
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	ある 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( )	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	
その場合、治療(投薬など)を受けていますか	はい いいえ	
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いわれましたか	いいえ はい	
最近、1か月以内に病気にかかりましたか 病名( )	はい いいえ	
1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹(はしか)、風しん、水痘(みずぼうそう)、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か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名( ) 接種年月日( 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・脳神経の病気、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	いいえ はい	
これまでに重度の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 ( 年 月頃) 現在治療中・治療していない	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( 歳ごろ)	はい いいえ	
そのとき熱はでましたか	いいえ はい	
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はありますか 薬・食品名( )	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 予防接種名( ) ( 歳ごろ)	はい いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	はい いいえ	
(女性の方に)現在妊娠しているあるいは妊娠している可能性がありますか。または授乳していますか。注:接種後約2か月間は妊娠しないように注意してください。	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** ・ **見合わせたほうがよい** )と判断します。  
本人もしくは保護者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ました。  
また、**本剤の接種対象者が2歳以上19歳未満であることを確認しました。**

医師署名又は記名押印

保護者の記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度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、本予診票が下野市に提出されることに同意します。

年 月 日 保護者自署(16歳以上本人)

使用ワクチン名	用法・容量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 フルミスト点鼻液 Lot No	点鼻 (各鼻腔0.1mL噴霧) 0.2mL	医療機関 所在地 名称 接種医師名 接種年月日 年 月 日

(注)有効期限が切れていないか要確認

※下野市を転出した場合には使用できません。