インフルエンザ予防接種予診票　小学生以下（13歳未満）の者対象　1回目

※接種希望者は、太枠内にボールペンでご記入ください。

診察前の体温	度　　分

受ける人の住所	青森県三戸郡田子町大字			
（ふりがな） 受ける人の氏名	（　　）	性別 男・女	生年月日	平成　　年　　月　　日 令和　　（満　　歳）
保護者の氏名		中学生であっても、接種日の年齢が12歳の方は、この〝桃色の予診票〟を使用します		

2019　桃色

質問事項	回答欄		医師記入欄
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。 乳幼児検診で異常があると言われたことがありましたか。	 はい はい はい	 いいえ いいえ いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり、医師の治療（投薬など）を受けていますか。 病名（　　） その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい はい	いいえ いいえ	
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	
最近1ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、麻しん、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	
最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。　その種類（　　）	はい	いいえ	
過去に新型または季節性インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 ⇒ その際に具合が悪くなったことはありますか。	はい はい	いいえ いいえ	
過去にインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。 予防接種の種類（　　）	はい	いいえ	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。	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。 ⇒ ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。（　　）歳頃 ⇒ そのとき熱が出ましたか。	はい はい はい	いいえ いいえ 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	
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	
今日の予防接種について、不安なことや質問がありますか。	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（　可　能　・　見合わせる　）。
保護者に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。
医師の署名又は記名押印

保護者の記入欄	署名
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上ワクチンの接種を（ 希望します ・ 希望しません ）。	

使用ワクチン名・メーカー名	接種量	実施場所
	□ 0.25ml	医師名
Lot No.	□ 0.5 ml	接種年月日　　令和　　年　　月　　日