

インフルエンザ予防接種予診票（1回目・2回目）

住 所	八王子市		体 温	度 分
受ける人の氏名	フリガナ	電 話 番 号	H・R 年 月 日生 (満 歳 ヶ月)	
		男 女 生 年 月 日		
保 護 者 の 氏 名				
質問事項		回答欄		医師記入欄
お子さんは出産時に異常はありましたか。 異常があった()		あった	なかった	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ()		はい	いいえ	
1ヶ月以内に家族や遊び仲間に、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	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類(月 日)		はい	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言われましたか		はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ()歳頃		はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか		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りしたことはありませんか		はい	いいえ	
これまでインフルエンザの予防接種を受けて具合が悪くなったことはありませんか		ある	ない	
卵のアレルギーがあり、卵を除去していますか。また、制限していますか。		ある	ない	
今日の予防接種について質問がありますか		ある	ない	
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) 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、説明した <p style="text-align: center;">医師署名または記名押印()</p>				
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性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 ・ 接種を希望しません) 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。 保護者自署				
使用ワクチン名	接種量(皮下接種)	実施場所・医師名・接種年月日		
ワクチン名 Lot No.	□0.25ml・□0.5ml 3歳以上 0.5ml	実施場所 : 医療法人社団まなと会 はしもと小児科 医師名 : 接種年月日 : 令和 年 月 日		

ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6ヶ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。