

季節性インフルエンザ予防接種予診票 不活化インフルエンザワクチン用

市町村負担額

1回目:2,500円

2回目:1,500円

※医療機関職員様にて該当する回数を○で囲んでください

対象：生後6月～高校3年生相当の方

住所			診察前の体温	度	分
受ける人の氏名		男・女	電話番号		
保護者の氏名			生年月日	年	月 日
			年齢	(満 歳 カ月)	

※上下の太枠内は、接種希望者又は保護者の方がご記入をお願いします。

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。 ※小学生以下の方のみ 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すか。	あった あった ある	なかった なかった ない	
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	いいえ	
今日体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いてください。()	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、麻疹、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。 予防接種の種類 ()	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。 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	
これまで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はありますか。 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 そのとき熱がでましたか。	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質問がありますか。	はい	いいえ	
(女性のみ)現在妊娠している、又は妊娠している可能性はありますか。	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した。

※13歳以上で、2回目接種が必要な場合はその理由を記載

医師の署名
又は記名押印

本人または保護者の記入欄

※ インフルエンザ予防接種費用は、10月1日～翌年2月末日までの期間の接種分に限り、助成対象になります。

- 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で、
ワクチンの接種を (希望します ・ 希望しません)。
- 市町村のインフルエンザ予防接種費助成金の代理受領について、接種医療機関に委任します。

令和 年 月 日 本人または保護者自署

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
メーカー名 Lot No.	皮下接種 右腕 ・ 左腕 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

富士吉田市・道志村・西桂町・忍野村・山中湖村・鳴沢村・富士河口湖町
(該 当 市 町 村 に ○)