

幼児等インフルエンザ予防接種実施報告書

幼・小・中

盛岡市長 様

次のとおりインフルエンザ予防接種を実施したので報告します。

○太わく内を記入してください。

(盛岡市提出用)

接 種 を 受 け る 人		報 告 者	
住 所	盛 岡 市 電話 ()	接種年月日	令和 年 月 日
受ける人の氏名	男・女	医療機関名	けんたろうこどもクリニック
生年月日	平成 年 月 日 (満 歳 カ月)	代 表 者	田 中 健 太 郎 印
保護者氏名		ワクチン	ロット番号 接種量
		今年度接種回数	1 回目 ・ 2 回目

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解していますか。	は い い い え	
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。 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか。	な あ か っ っ た た た な る い る	
今日体に具合の悪いところがありますか。 症状 ()	い い え は い	
最近4週間以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名 ()	い い え は い	
4週間以内に家族や友達で麻疹・風しん・水痘・おたふくかぜ等の病気の方がいましたか。 誰が () 病名 ()	い い え は い	
4週間以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名 ()	い い え は い	
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・脳神経・免疫不全症・血液疾患その他の病気)にかかり医師の診察を受けていますか。 病名 ()	い い え は い	
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。	は い い い え	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことはありますか。(歳)	い い え は い	
そのときに熱が出ましたか。(度 分)	発熱した 発熱しない	
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がありますか。	い い え は い	
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。	い い え は い	
これまでにインフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。	は い い い え	
その際に具合が悪くなったことはありますか。	い い え は い	
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。 予防接種名 ()	い い え は い	
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。	い い え は い	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。	い い え は い	
気管支ぜん息がありますか。	い い え は い	
6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか。	い い え は い	
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。	診察前の体温 度 分 医師のサイン	
予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けます。(は い ・ 見 合 わ せ ま す)	保護者のサイン	

保 護 者 の 証 明 欄

インフルエンザ予防接種に係る料金のうち、盛岡市の補助金に相当する金額2,000円を控除した

1,700 円を支払いました。

保護者サイン