

紫波町

小児の季節性インフルエンザ(1回目・2回目)予防接種予診票(接種券)

(C片紫波町役場保存)

○太わく内を記入してください。

住 所	紫波町		実施場所	けんたろうこどもクリニック	
ふりがな			医師名	田 中 健 太 郎	
受ける人の氏名	男 女		接種年月日	年 月 日	
保護者の氏名			ワクチン名	接種量	
生 年 月 日	年 月 日 (満 歳 か月)		使用ワクチン名	ロット番号	
年 齢 区 分	12歳以下 ・ 13歳以上		※有効期限が切れていないか要確認		ml
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文を読んで理解しましたか。			はい	いいえ	
今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン何回目の接種ですか。			1回目	2回目	
接種を受ける方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。			なかった	あった	
乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか。			なかった	あった	
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。			いいえ	はい	
病名 ()					
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けて良いと言われましたか。			はい	いいえ	
今日体に具合の悪いところがありますか。			いいえ	はい	
具体的な症状を書いてください。()					
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。			いいえ	はい	
病名 ()					
最近4週間以内に、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。			いいえ	はい	
(病名 ())					
4週間以内に予防接種を受けましたか。			いいえ	はい	
予防接種名 () 接種年月日 (年 月 日)					
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。			いいえ	はい	
予防接種の種類 ()					
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	
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	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。() 歳頃			いいえ	はい	
そのとき熱が出ましたか。			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。			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	
今日の予防接種について質問がありますか。			いいえ	はい	
医師の記入欄			診察前の体温 度 分		
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)。			医師の署名又は記名押印		
保護者(保護者が同伴しない場合は本人)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、説明をした。					
保護者の記入欄			保護者が同伴しない場合に記入		
お子さんの病歴・健康状態・接種当日の体調等を考慮した上で、(保護者が同伴しない場合)…説明書を読んで判断してください。			(住所)		
(保護者が同伴する場合)…医師の診察・説明を受けて判断してください。					
予防接種の効果や目的、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、子どもに接種することに (同意します 同意しません) ※かつこのどちらかを○で囲んでください。			(緊急連絡先:氏名と電話)		
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、本予診票が紫波町に提出されることに同意します。					
年 月 日 保護者自署					

○この票は医療機関が町に請求する際に請求書に添付してください。

紫波町

小児の季節性インフルエンザ予防接種済証

(A片被接種者控)

○太わく内を記入してください。

接 種 を 受 け る 人		実施場所	
紫波町		医師名	
氏 名	男・女	接種年月日	年 月 日
年 月 日	(満 歳 か月)	ワクチンメーカー名・ロット番号	接 種 量
		メーカー名	
		Lot No.	ml