

矢巾町

小児インフルエンザ(1回目・2回目)予防接種予診票

○太わく内を記入してください。

接種を受ける人		接種医証明欄	
住所	矢巾町	接種年月日	令和 年 月 日
電話		医療機関名	けんたろうこどもクリニック
受ける人の氏名	男・女	医師名	田中 健太
保護者の氏名		使用ワクチン名	接種量
生年月日	平成・令和 年 月 日(満 歳 か月)	ワクチン名	
年齢区分	12歳以下 ・ 13歳以上	メーカー名	
		ロット番号	ml
質問事項		回答欄	医師記入欄
今日のインフルエンザの予防接種について町から配られている説明書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
出生後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言われたことがありますか			
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、血液疾患、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
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
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
予防接種の種類 () 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
①その際に具合が悪くなったことがありますか		いいえ	はい
②インフルエンザ以外の予防接種の際に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 ()			
三ツ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
薬・食品名 ()			
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか 回数 ()		いいえ	はい
最後のひきつけを起こした時期 (年 月 日) (歳 か月頃)			
そのとき熱がでましたか		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、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。			
保護者の記入欄		保護者が同伴しない場合記入	
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		(住所)	
(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。			
(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。			
予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種することに			
(同意します 同意しません) ※かっこ内のどちらかを○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、本予診票が矢巾町に提出されることに同意します。			
令和 年 月 日 保護者自署			

(C片 矢巾町役場保存) この票は医療機関が町に料金を請求する際に請求書に添付してください。

矢巾町

小児インフルエンザ予防接種済証(1回目・2回目)

(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		接種医証明欄	
住所	矢巾町	接種年月日	令和 年 月 日
電話		医療機関名	
氏名	男・女	医師名	
		使用ワクチン名	接種量
平成・令和 年 月 日生		ワクチン名	
(満 歳 か月)		メーカー名	
		ロット番号	ml