

インフルエンザ予防接種予診票

●上三川町のインフルエンザ任意予防接種に対する費用助成は、15歳に達する年度に1回・18歳に達する年度に1回です。

住 所	上三川町	診察前の体温	度	分
電 話 番 号	( )	男・女		
フリガナ				
受ける人の氏名				
生年月日	年	月	日生	(満 歳)
(保護者の氏名※)				

(町提出用と医療機関用の複写式になっています。)

(太枠の欄は必ず保護者が記入してください。)

※接種を受ける人が既婚の場合には、当該部分への記載は必要ありません。

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上三川町から配られている説明書を読みましたか。	いいえ	はい	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	いいえ	はい	
現在、何か病気にかかっていますか。 病名( )	はい	いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか。	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	いいえ	はい	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
今日、体の具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。( )	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。	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。 ①その際に具合が悪くなったことはありますか。 ②インフルエンザ以外の予防接種で具合が悪くなったことはありますか。	いいえ	はい	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
1ヵ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	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 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。	いいえ	はい	
最近1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名( )	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	

医師記入欄	<p>以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (実施できる・見合わせた方がよい)と判断します。 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をしました。</p> <p>医師署名又は記名押印</p>
-------	--

ワクチンロット番号	接 種 量	実施場所・医師名・接種年月日
Lot No.	(皮下接種)右・左 0.5mL	実施場所 医師名 接種年月日 年 月 日

インフルエンザ予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)  
 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、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、本予診票が上三川町に提出されることに同意します。

年 月 日 保護者自署(既婚者の場合は本人自署も可):