

【経鼻弱毒性インフルエンザワクチン】接種 予診票

<input type="checkbox"/> 2歳～小学6年生	1回目	診察前の 体温	度	分
<input type="checkbox"/> 中学3年生または高校3年生相当	1回目			
住 所	上三川町		電話番号 ()	
フリガナ		男・女	生年	年 月 日生
受ける人の氏名		女	月日	(満 歳 カ月)
保護者の氏名				

事前記入欄(記入もれのないようにお願いします)

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	
今日受けるインフルエンザの予防接種は今シーズン1回目ですか。 注:経鼻弱毒性ワクチン(フルミスト点鼻液)はシーズン1回投与になります。	いいえ はい	
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	
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。	はい いいえ	
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	
これまでに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、発育障害、その他の病気)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	
これまでに重度の喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことがありますか。 病名(現在治療中 ・ 治療していない)	はい いいえ	
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	
これまでに薬や食品(ゼラチン、鶏卵、鶏肉など)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	
近親者の中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	
近親者の中で先天性免疫不全症と診断された方はいますか。	はい いいえ	
最近1ヵ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜなどにかかった方はいますか。	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	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。	いいえ はい	
①その際に具合が悪くなったことはありますか。	はい いいえ	
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。	はい いいえ	
(予防接種を受けられる方がお子さまの場合)分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。	はい いいえ	
(女性の方に)現在妊娠しているあるいは妊娠している可能性がありますか。または授乳していますか。注:接種後約2ヶ月は妊娠をしないように注意してください。	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

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。接種を受ける本人(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品副作用被害救済制度について、説明をしました。また、本剤の接種対象者が2歳以上19歳未満であることを確認しました。

(医師署名又は記名押印)

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、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、医薬品副作用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)

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名
ワクチン名	点鼻	実施場所
LOT No.	(各鼻腔0.1mL噴霧)	医師名
有効期限が切れていないか確認	0.2mL	接種年月日 年 月 日