

# 白石市 インフルエンザ予防接種予診票(中学3年生専用)

		診察前の体温		度	分
住 所	白石市			電話番号	
氏 名		男 女	生年 月 日	平成 年 月 日	
保護者の氏名				( 満 歳 ヶ月 )	

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みましたか	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください( )	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に、病気にかかりましたか 病名( )	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名( )	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に、予防接種を受けましたか 予防接種の種類( )	はい	いいえ	
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、医師の診察を受けていますか 病名( )	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よいといわれましたか	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ( )歳頃	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に湿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	
ニワトリの肉や卵にアレルギーがありますか	はい	いいえ	
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	はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類( )	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	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	
(女性のみ) 現在妊娠している、または妊娠している可能性はありますか	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 ( 可能 ・ 見合わせる ) 保護者に対して、予防接種の効果、副反応および医薬品医療機器総合機構法に基づく救済制度について、説明をした。</p> <p style="text-align: right;">医師署名又は記名押印 _____</p>
-------	--

保護者記入欄	<p>医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、接種を希望しますか。 ( 希望します ・ 希望しません )</p> <p>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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日 保護者自署 _____</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)  mL	実施場所 医師名	平成	年	月 日
		接種年月日			