

| | |
|--------------------------|------------|
| 住所 富士市に住民登録がある人が対象です。 | 富士市 |
| フリガナ | |
| 受ける人の氏名 | (男・女) |
| 生年月日 | 平成 年 月 日 生 |

対象：満1歳～高校3年生相当
満1歳～当該年度18歳に達する者（H12.4.2以降生まれ）

| | | |
|-------------------------|--------------------|-------------|
| 今年度（10月～2月）のインフルエンザ接種回数 | ※該当する箇所を○で囲んでください。 | |
| | 13歳未満（1回目・2回目） | 13歳以上（1回のみ） |
| 保護者氏名 | | |
| 電話番号 | | |
| 今朝目覚めた時の体温 | 度 | 分 |
| 診察前の体温 | 度 | 分 |
| 接種日の年齢 | 満 歳 | か月 |

| 質問事項 | 回答欄 | | 医師記入欄 |
|--|------------------|--------------------|-------|
| 1 昨年度、インフルエンザ予防接種を受けましたか。 | いいえ | はい | |
| 2 昨年度、インフルエンザにかかりましたか。 | はい | いいえ | |
| 3 今日受ける予防接種について市から配られている説明書を読みましたか。 | いいえ | はい | |
| 4 あなたのお子さん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。 出生後に異常がありましたか。 乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか。 | あった あった ある | なかった なかった ない | |
| 5 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（ ） | ある | ない | |
| 6 最近1か月以内に病気にかかりましたか。 病名（ ） いつ頃（ ） | はい | いいえ | |
| 7 1か月以内に家族や遊び仲間へ麻しん、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（ ） いつ頃（ ） | はい | いいえ | |
| 8 1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類（ ） 接種日（ 月 日） | はい | いいえ | |
| 9 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（ ） 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いわれましたか。 | はい いいえ | いいえ はい | |
| 10 ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。（ ）歳頃 そのとき熱が出ましたか（ 度） | ある | ない | |
| 11 薬や食品（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。原因（ ） 主な症状（ ） | ある | ない | |
| 12 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。だれが（ ） | いる | いない | |
| 13 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（ ） | ある | ない | |
| 14 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか。だれが（ ） | いる | いない | |
| 15 女性の方へ 現在妊娠している可能性（生理が予定よりも遅れているなど）はありますか。 | はい | いいえ | |
| 16 今日の予防接種について質問がありますか。 | ある | ない | |

医師の記入欄 医師署名又は記名押印
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。
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について、説明をしました。

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、医薬品医療機器総合機構法に基づく救済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）
※今回のインフルエンザ予防接種は、任意接種となることを承知した上で接種します。 ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。
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。（本日付き添ってきた）
このことを理解の上、本予診票が市に提出されることに同意します。 保護者自署

| | | |
|--------------------|---|----------------|
| 使用ワクチン名 | 接種量（皮下接種） | 実施場所 |
| ワクチン名 | <input type="checkbox"/> 1歳～3歳未満 0.25mL | 医師名 |
| Lot No | <input type="checkbox"/> 3歳以上 0.5 mL | |
| | <input type="checkbox"/> その他 mL | |
| (注)有効期限が切れていないかを確認 | | 接種年月日 平成 年 月 日 |