

# インフルエンザ予防接種予診票【小中学生用】

令和 年 月 日

( 1回目 ・ 2回目 )

診察前の体温 度 分

|         |       |   |   |             |
|---------|-------|---|---|-------------|
| 住 所     | 鶴田町大字 |   |   | Tel ( )     |
| 氏 名     | ふりがな  |   |   | 男 ・ 女       |
| 生 年 月 日 | 平成・令和 | 年 | 月 | 日生 (満 歳 力月) |

予防接種を安全に行うために以下の質問にお答えください。

| 質問事項 (当てはまる項目を○で囲んでください)                                                                                 | 回 答 欄            |                    | 医師記入欄 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------|-------|
| 今日受けられる予防接種についてお知らせ裏面の説明文を読みましたか？                                                                        | 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1回目ですか。<br>2回目の場合、前回接種日 ( 月 日 )                                                    | はい               | いいえ                |       |
| 今日、身体の具合の悪いところがありますか？ ( )                                                                                | はい               | いいえ                |       |
| 1ヶ月以内に体調を崩したり病気をしましたか？<br>現在医師の診察を受けていますか？ 病 名 ( )                                                       | はい               | いいえ                |       |
| 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか？<br>予防接種の種類 ( ) 接種日 ( 月 日 )                                                            | はい               | いいえ                |       |
| インフルエンザワクチンの接種を受けたことがありますか？<br>去年 ・ 一昨年 ・ 以前 ( )                                                         | はい               | いいえ                |       |
| インフルエンザワクチンで具合が悪くなったことがありましたか？<br>病状 ( )                                                                 | はい               | いいえ                |       |
| これまで受けた予防接種で具合が悪くなったことがありましたか？<br>予防接種名 ( )                                                              | はい               | いいえ                |       |
| 近親者や友達で、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜ、などにかかった方がいますか？ また、それはいつ頃ですか？<br>病名 ( ) 時期 ( 年 ヶ月・ 以内)                          | はい               | いいえ                |       |
| 今まで、鶏卵、鶏肉および卵製品を食べて異常がありましたか？<br>どのような具合でしたか？ ( )                                                        | はい               | いいえ                |       |
| 薬や食品でじんましんなど具合が悪くなったことがありましたか？<br>その薬か食品が分かっていたらお書き下さい ( )                                               | はい               | いいえ                |       |
| 今までに特別な病気 (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、医師の診察を受けたことがありますか？<br>病名 ( )                            | はい               | いいえ                |       |
| その医師からインフルエンザワクチンの接種を受ける許可をもらっていますか？                                                                     | はい               | いいえ                |       |
| ひきつけ (けいれん) をおこしたことはありますか？ ( 歳頃)<br>その時に熱が出ましたか？ ( 度)                                                    | はい               | いいえ                |       |
| [接種を受けられる方がお子さんの場合]<br>お子さんの発育歴についてお尋ねします<br>分娩時に異常がありましたか？<br>出生後に異常がありましたか？<br>乳児検診で異常があるとされたことがありますか？ | あった<br>あった<br>ある | なかった<br>なかった<br>ない |       |
| インフルエンザワクチンについて質問がありますか？<br>(質問内容及びその他に気がついたことなど)                                                        | (はい ・ いいえ)       |                    |       |
| ※ 医師の記入欄 医師署名 印又はサイン                                                                                     |                  |                    |       |
| 問診及び診察の結果、接種は ( 可 能 ・ 見 合 わ せ る )                                                                        |                  |                    |       |

予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか？ (はい ・ いいえ)

保護者 (父母、後見人) の署名

| 使用ワクチン名 | 接 種 量        | 実 施 場 所 ・ 医 師 名 ・ 接 種 年 月 日        |
|---------|--------------|------------------------------------|
| Lot No. | (皮下接種)<br>mL | 実 施 場 所<br>医 師 名<br>接種年月日 令和 年 月 日 |

## 保護者（父母、後見人）以外の方が同伴される場合

お子様の予防接種は保護者同伴が原則ですが、やむを得ない理由で同伴できないときは、接種を受けるお子様の健康状態を普段からよく知って、予診票の内容をよく理解している親族（祖父母等）などが同伴して受けることも可能です。ただしその場合は、保護者からの下記委任状が必要です。

保護者以外の方が同伴する場合は、下記の委任状と予診票の両方に必要事項を記入の上、保護者、代理人ともそれぞれ氏名を自署して、予診票と一緒に医療機関に提出してください。

### 委 任 状

|                                       |                 |   |       |    |   |    |   |
|---------------------------------------|-----------------|---|-------|----|---|----|---|
|                                       |                 |   |       | 令和 | 年 | 月  | 日 |
| 保護者住所                                 | 北津軽郡鶴田町大字       | 字 | 番地    |    |   |    |   |
| 保護者氏名自署                               |                 |   |       |    |   |    |   |
| 緊急の連絡先電話番号                            |                 |   |       |    |   |    |   |
| 私は、下記代理人（同伴者）に本日の予防接種に関する一切の権限を委任します。 |                 |   |       |    |   |    |   |
| 予防接種の種類                               | 【 インフルエンザ予防接種 】 |   |       |    |   |    |   |
| 被接種者の氏名生年月日                           |                 |   | 平成・令和 | 年  | 月 | 日生 |   |
| 代理人（同伴者）住所                            | 北津軽郡鶴田町大字       | 字 | 番地    |    |   |    |   |
| 代理人（同伴者）氏名自署                          |                 |   |       |    |   |    |   |
| 被接種者との関係（続柄）                          |                 |   |       |    |   |    |   |
| 代理人（同伴者）電話番号                          |                 |   |       |    |   |    |   |