



1回目

# あんずこどもクリニック

2回目

## インフルエンザ行政措置任意予防接種予診票（有料）

|         |     |             |           |                           |       |
|---------|-----|-------------|-----------|---------------------------|-------|
| 住所      | 宝塚市 |             | 生年<br>月 日 | S・H・R<br>(満 歳 月 日生<br>か月) |       |
| TEL     |     |             |           |                           |       |
| ふりがな    |     | 男<br>・<br>女 | 診察前の体温    |                           | 医師記入欄 |
| 受ける人の氏名 |     |             |           |                           |       |
| 保護者の氏名  |     |             | 度 分       |                           |       |

| 質 問 事 項   | 回 答 欄  |     |
|---|--|-----|
| 1 現在宝塚市に住民票がありますか   | はい   | いいえ |
| 2 今日受ける予防接種についての説明書(別紙)を読み、理解しましたか  | はい   | いいえ |
| 3 <b>7歳未満の方のみご記入ください</b><br>あなたのお子さんの発育歴についておたずねします<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>乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか | 出生体重<br>( ) g<br>あった なかった<br>あった なかった<br>ある ない |     |
| 4 今日体に具合の悪いところがありますか<br>具体的な症状を書いてください ( )  | はい   | いいえ |
| 5 最近1か月以内に病気にかかりましたか<br>病名 ( )  | はい   | いいえ |
| 6 1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、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 |
| 7 1か月以内に予防接種を受けましたか 受けた日 ( 令和元年 月 日 )<br>予防接種の種類 ( )  | はい   | いいえ |
| 8 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<br>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いわれましたか   | いいえ  | はい  |
| 9 ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ( ) 歳頃<br>そのときに熱が出ましたか  | はい   | いいえ |
| 10 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 |
| 11 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 |
| 12 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<br>予防接種の種類 ( )   | ある   | ない  |
| 13 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   | はい   | いいえ |
| 14 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 ( 可能 ・ 見合わせる )  
保護者(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、説明をした。  
**医師署名又は記名押印【 】**

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、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。 **保護者自署【 】**  
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。 (20歳以上は本人自署)

|         |   |                |             |
|---------|---|----------------|-------------|
| 使用ワクチン名 | 接種量   | 実施場所・医師名・接種年月日 |             |
| ワクチン名   | (皮下接種)  | 実施場所           | あんずこどもクリニック |
| Lot No. | <input type="checkbox"/> 3歳未満 0.25ml<br><input type="checkbox"/> 3歳以上 0.5ml | 医師名            | 近藤 杏子       |
|         |   | 接種年月日          | 令和 年 月 日    |