

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 月日	西暦 （満 年 月 日生 （満 歳 か月）			
TEL							
ふりがな		男	いずれかに○をつけてください	注射	1回目	2回目	医師記入欄
受ける人の氏名		女		点鼻	1回目		
保護者の氏名			診察前の体温 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 7歳未満の方のみご記入ください あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 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					出生体重 () g あった なかった あった なかった ある ない		
4 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	
5 最近1か月以内に病気にかかりましたか 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か月以内にインフルエンザの予防接種を受けましたか 受けた日 (年 月 日)					はい	いいえ	
8 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)にかかり、医師の診察を受け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					はい	いいえ	
そのときに熱が出ましたか					いいえ	はい	
10 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	
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 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	
15 フルミストを接種する方のみご記入ください 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 現在治療中 ・ (年 月頃) に治療していた (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 ますか。 ※接種後約2か月間は妊娠をしないように注意してください。					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。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。 被接種者または保護者自署 【 ※16歳未満の場合は保護者自署							
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) □ 3歳未満 0.25ml			実施場所 あんずこどもクリニック			
Lot No.	(点鼻) □ 3歳以上 0.5ml □ 各鼻腔0.1ml噴霧計0.2ml			医師名 近藤 杏子			
				接種年月日 2026年 月 日			