

様式第3号 (第5条関係)

インフルエンザワクチン接種予診票兼接種券 (高校生、一般用)

※太枠内をご記入下さい。回答欄にはどちらかに○印をつけてください。  
 ※高校生の場合は、健康状態を把握している保護者をご記入ください。

|          |           |        |   |     |                 |
|----------|-----------|--------|---|-----|-----------------|
|          |           | 診察前の体温 |   | 度 分 |                 |
| 住 所      | TEL ( ) - |        |   |     |                 |
| フリガナ     |           |        | 男 | 生年  | 年 月 日生<br>( 歳 ) |
| 受ける人の氏名  |           |        | 女 | 月 日 |                 |
| (保護者の氏名) |           |        |   |     |                 |

| 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(裏面)を読んで理解しましたか。                            | いいえ                         | はい  |       |
| 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。                               | いいえ( 回目)                    | はい  |       |
| 今日、身体に具合の悪いところがありますか。                                       | ある(具体的に)                    | ない  |       |
| 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。                                       | はい(病名)<br>薬を飲んでいますか(いる・いない) | いいえ |       |
| 最近1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか。                                   | はい(病名)                      | いいえ |       |
| 今までに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、その他の病気)にかかり、医師の診察を受けていますか  | いる(病名)                      | いない |       |
| (“いる”の場合)その主治医に、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。                      | いいえ                         | はい  |       |
| これまで間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断され、現在治療中ですか。                      | はい 年 月ごろ<br>(現在治療中・治療していない) | いいえ |       |
| 近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか                                     | は い                         | いいえ |       |
| 今までにけいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか。                                | ある 回くらい<br>最後は 年 月ごろ        | ない  |       |
| 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。             | ある(薬または食品の名前)               | ない  |       |
| これまでに予防接種を受けて特に具合が悪くなったことがありますか。                            | ある(予防接種名・症状)                | ない  |       |
| 1か月以内に近親者や周囲で麻疹(はしか)、風しん、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。    | いる(病名)                      | いない |       |
| 最近1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。  | はい(予防接種名: )                 | いいえ |       |
| (女性の方に)現在妊娠していますか。  | はい                          | いいえ |       |
| (接種受けられる方が高校生の場合)<br>分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。<br>出生体重( )g | ある(具体的に)                    | ない  |       |
| 今日の予防接種について質問がありますか   | ある(具体的に)                    | ない  |       |

| 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( 実施できる ・ 見合わせた方がよい )と判断します。<br>本人または保護者に対して、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、説明をしました。<br>医師署名又は記名押印 |  |

| 本人(保護者)記入欄   |  |
|--|--|
| 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応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 )。<br>署名 (代筆者の場合: 続柄 ) ※被接種者が自署できない場合は代筆者が署名し被接種者との続柄を記載してください。 |  |

|   |  |
|---|--|
| インフルエンザ予防接種保護者同意書 ※高校生が1人で予防接種を受ける場合は、保護者の署名が必要です。  |  |
| 予防接種についての説明文を読み、予防接種の効果や副反応など理解したうえで、子どもに接種させることに同意します。<br>また、子どもの病歴・健康状況・接種日当日の体調を考慮した上で、当日子どもが1人でインフルエンザの予防接種を受けることについて同意します。 保護者署名 |  |

| 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<br>Lot No.<br>(注)有効期限が切れていないか要確認 | (皮下接種)<br>m l | 実 施 場 所 :<br>医 師 名 :<br>接 種 年 月 日 : |