

こどもインフルエンザ予防接種予診票

※該当する箇所を○で囲んでください。

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・令和 年 月 日生

【対象】HA：満1歳～ 経鼻：満2歳～ 高校3年生相当まで
満1歳～当該年度18歳に達する者（H20.4.2以降生まれ）

今年度（10月～2月）の インフルエンザ接種回数	HAワクチン	13歳未満（1回目・2回目） 13歳以上（1回のみ）
	経鼻弱毒生ワクチン	2歳以上（1回のみ）※1歳不可
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（ ） 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（ 可能 ・ 見合わせる ）

保護者または18歳以上の被接種者に対して、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。

保護者又は被接種者自署

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。（※被接種者が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	富士市 蓼原 865-1
ワクチン名 Lot No	HAワクチン	□ 1歳～3歳未満 0.25mL □ 3歳以上 0.5mL	医 師 名	医療法人社団 義 湧 会 佐野医院 佐野 義 洋 電話(0545) 6 1-1 0 9 5
	経鼻弱毒生ワクチン	□ 2歳以上 0.2mL (0.1mL×2噴霧)		
(注)有効期限が切れていないかを確認			接種年月日	令和 年 月 日