小児インフルエンザ 予防接種予診票

対象年齢：生後 6か月から小学校6年まで

柏市

受診日	西暦　　年　　月　　日	診察前の体温	度　　分
接種回数	1回　　2回		
住所	柏市		
予防接種番号			
ふりがな 受ける人の氏名	（男・女）	生年月日	西暦　　年　　月　　日 （満　　歳　　ヶ月）
保護者の氏名		電話番号	

質問事項	回答欄		医師記入欄
接種時に柏市に住民票はありますか 注意：接種時に柏市に住民票がない場合は全額自己負担となります。	いいえ	はい	
今日受ける予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか	いいえ	はい	
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	
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	
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	
1 か月以内に家族や遊び仲間に麻しん、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	
1 か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種を受けた日と種類（　　月　　日：　　）	はい	いいえ	
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（　　）	はい	いいえ	
【“はい”と回答した場合】　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	
ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか　最後のけいれんは（　　）歳頃	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか	いいえ	はい	
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 （　　）歳頃　薬品・食品名（　　）　症状（　　）	はい	いいえ	
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	
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　（　　）	はい	いいえ	
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	
6 か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか 質問（　　）	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 **実施できる・見合わせる（理由：　　）** 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。	医師の自筆署名又は記名押印
保護者記入欄	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、予防接種健康被害制度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　※どちらかに○** 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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。	保護者の自筆署名

〒277-0882　千葉県柏市柏の葉3-1-34
医療法人社団広生会　クリニック柏の葉
村川　壽
TEL04-7132-8881　FAX04-7132-8395

使用ワクチン名	接種量		医師記入欄
ワクチン名 Lot No. 有効期限　　年　　月　　日 （注）有効期限が切れていないか要確認	皮下接種	3歳未満：0.25mL 3歳以上：0.5mL	実施場所： 医師名： 接種年月日：　西暦　　年　　月　　日

（注）ガンマグロブリンは，血液製剤の一種で，A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり，この注射を3～6か月以内に受けた方は，麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

柏市提出分