幼児用

行政措置予防接種(インフルエンザ[満１歳以上６歳未満])予診票

注意事項

1　この予診票は、予防接種を受ける前に非常に大切なものですから、必ず下記の項目について、もれなく正しく記入してください。
2　記入はペン又はボールペンで、下記の表のあてはまるところに記入するか、〇で囲んでください。
3　まちがった記入のため事故が起こることもありますから、わからないことは医師に聞いて必ず正しく書いてください。

			診察前の体温	度　分
住所	岡山市　区		電話番号	(　)　－
受ける人の氏名		男・女	生年月日	令和　年　月　日生
保護者氏名				(満　歳　か月)

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日のインフルエンザの予防接種は、今年、何回目ですか	１回目	２回目	
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	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか　病名（　）	はい	いいえ	
その場合、治療（投薬など）を受けていますか	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか	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か月以内に家族や友人に麻しん、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 予防接種の種類（　）	はい	いいえ	
今までに特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全、気管支喘息、発育障害、その他の病気）にかかり、医師の診察をうけていますか　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	はい	いいえ	
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	
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	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか	はい	いいえ	
近親者に免疫不全と診断された方がいますか	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（　）	ある	ない	
家族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	
(フルミストを受ける場合) ゼラチン含有製剤またはゼラチン含有の食品に対して、ショック、アナフィラキシー（じんましん、呼吸困難、血管性浮腫など）などの過敏症を起こしたことがありますか	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	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・見合わせた方がよい**　）と判断します。 保護者に対して、予防接種の結果、副反応及び予防接種健康被害救済制度などについて説明しました。 医師署名又は記名押印[　]

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。
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、接種することに（　**同意します・同意しません**　）※かっこの中のどちらかを〇で囲んでください。
また、この予防接種は、保護者の希望により接種するもので、予防接種法に定められているものではありません。
万が一、接種による健康被害が生じた場合、岡山市による補償がありますが、補償内容は予防接種法に基づくものとは異なります。

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 Lot No (注) 有効期限がきれていないか要確認	ml	実施場所　医療法人　岡山奏和会 撫川クリニック 医師名　畑　寛信 〒701-0164岡山市北区撫川1470 TEL086-292-8133FAX086-292-8155 接種年月日　年　月　日

※この予診票は、各医療機関において、５年間保存とする。

令和8年度岡山市調製