

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、予防接種を受ける時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場所に記入するか、○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。

| | | | | | |
|-----------|--|-------------|---------|----------|--------|
| 住 所 岡山市 区 | | 診 察 前 の 体 温 | | 度 分 | |
| 受ける人の氏名 | | 電話番号 | () | - | |
| 保 護 者 氏 名 | | 男・女 | 生 年 月 日 | 平成・令和 | 年 月 日生 |
| | | | | (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 | |
| 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 | |
| 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 | |
| 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 | |
| その時に熱が出ましたか | 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 | |
| 先天性免疫不全、後天性免疫不全と診断されたことがありますか | 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 | |
| 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 | 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○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 |
| ワクチン名 | | 医療法人 おかもと内科小児科診療所 |
| Lot No | | 院長 岡本 一 徳 |
| (注)有効期限がきかれていないが要確認 | ml | 接種年月日 令和 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、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

※この予診票は、各医療機関において、5年間保存とする。