

インフルエンザ（小児用）

予防接種予診票

任意接種用

接種の記録	
1回目	2回目
年 月 日	年 月 日

市提出用

住所	日光市	電話	—
(フリガナ)			
受ける人の氏名		男・女	生年 月 日
保護者の氏名			平成 年 月 日生 令和 (満 歳 か月)
対象：満1歳～小学校6年生			

質問事項	回答欄	医師記入欄
今日の診察前の体温は何度でしたか	度 分	
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	はい いいえ	
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 なかった あった なかった ある 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疹、風疹、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 () 接種日 (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	
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 か月頃)	はい いいえ	
そのとき熱が出ましたか	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	
卵や鶏由来のものにアレルギーがありますか	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・症状 ()	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	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか	はい いいえ	
接種後2日以内に発熱、または全身性発疹などアレルギー様の症状を起こしたことはありますか	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・見合わせたほうがよい）と判断します。 保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構に基づく救済について、説明をしました。 医師署名又は記名押印 []	

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果、重篤な副反応の可能性、医薬品医療機器総合機構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） ※かっ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。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。

年 月 日 保護者自署 []

※日光市委託医療機関で受ける場合には現物給付での助成となります。委託医療機関以外で受ける場合には償還払いでの助成となります。くわしくは、日光市健康課：電話 0288-21-2756

【医療機関証明欄】

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 メーカー名 Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認	皮下接種 ml 接種部位	実施場所 耳鼻咽喉科関根クリニック 医師名 接種年月日 年 月 日

*ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、感染症の予防的や重症の感染症の治療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、予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

インフルエンザ（小児用）

予防接種予診票

任意接種用

接種の記録			
1回目		2回目	
年	月	年	月
日	日	日	日

医療機関控

住所	日光市			☎	—
(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 (満 歳 か月)
保護者の氏名					対象：満1歳～小学校6年生

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日の診察前の体温は何度でしたか	度 分		
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	はい	いいえ	
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 () 接種日 (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	
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 か月頃)	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか	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	
卵や鶏由来のものにアレルギーがありますか	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・症状 ()	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	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか	はい	いいえ	
接種後2日以内に発熱、または全身性発疹などアレルギー様の症状を起こしたことはありますか	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 ・ 見合わせたほうがよい) と判断します。 保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構に基づく救済について、説明をしました。 医師署名又は記名押印 []		

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果、重篤な副反応の可能性、医薬品医療機器総合機構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) ※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。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。
年 月 日 保護者自署 []

*日光市委託医療機関で受ける場合には現物給付での助成となります。委託医療機関以外で受ける場合には償還払いでの助成となります。くわしくは、日光市健康課：電話 0288-21-2756

【医療機関証明欄】

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 メーカー名 Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認	皮下接種 ml 接種部位	実施場所 耳鼻咽喉科関根クリニック 医師名 接種年月日 年 月 日

*ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、感染症の予防目的や重症の感染症の治療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、予防接種の効果が十分に出ないことがあります。