

季節性インフルエンザ予防接種予診票 経鼻弱毒生インフルエンザワクチン用

点鼻用

住所		診察前の体温	度	分
受ける人の氏名		電話番号		
男・女	生年月日	年	月	日
保護者の氏名	年齢	(満	歳	ヵ月)

※接種希望の方へ:太枠内にご記入ください

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について説明文書を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン1回目ですか。 注:経鼻弱毒生ワクチン(フルミスト点鼻液)はシーズン1回投与になります。	いいえ ()回目	はい	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい 具体的に()	いいえ	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 ・その場合、治療(投薬など)を受けていますか。 ・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いわれましたか。	はい(病名:) はい ・ いいえ はい ・ いいえ	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか。	はい(病名:)	いいえ	
これまでに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、発育障害、その他の病気)にかかり、医師の診察を受けたことがありますか。	はい 病名()	いいえ	
これまでに重度の喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことがありますか。	はい(年 月頃) 現在治療中 ・ 治療していない	いいえ	
これまでにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	はい(回くらい) (最後は 年 月頃)	いいえ	
これまでに薬や食品(ゼラチン、鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発疹が出たり体の具合が悪くなったことはありますか。	はい 薬、食品名()	いいえ	
近親者の中に予防接種を受けて、具合の悪くなった方はいますか。	はい(予防接種名:)	いいえ	
近親者の中で先天性免疫不全と診断された方はいますか。	はい	いいえ	
最近1か月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜなどにかかった方はいますか。	はい 病名()	いいえ	
最近1か月以内に予防接種を受けましたか。	はい(予防接種名:)	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。	はい(予防接種名:) 症状()	いいえ	
(予防接種を受ける方がお子さまの場合)分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。	はい 具体的に()	いいえ	
(女性の方に)現在妊娠しているあるいは妊娠している可能性がありますか。 または授乳していますか。注:接種後2か月間は妊娠をしないように注意してください。	はい	いいえ	
その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや今日の予防接種について質問がありますか。	はい 具体的に()	いいえ	

医師の記入欄 医師の署名または記名押印

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)。
 本人もしくは保護者に対して、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
 救済について説明した。また、本剤の接種対象者が2歳以上19歳未満であることを確認した。

保護者の記入欄

※ インフルエンザ予防接種費用は、10月1日～翌年2月末日までの期間の接種分に限り、助成対象になります。

1. 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、
 ワクチンの接種を (希望します ・ 希望しません)。

2. 市町村のインフルエンザ予防接種費助成金の代理受領について、接種医療機関に委任します。

令和 年 月 日 本人または保護者署名

ワクチンメーカー名、ロット番号	用法・用量	実施場所・医師名・接種年月日		
メーカー名	点鼻 ml	実施場所		
Lot No.		医師名		
		接種年月日	令和	年 月 日

富士吉田市・道志村・西桂町・忍野村・山中湖村・鳴沢村・富士河口湖町
(該 当 市 町 村 に ○)