

【千葉県医師会作成】

新型インフルエンザ予防接種予診票

〈医療従事者(救急隊員含む。)、妊婦、基礎疾患を有する者(高校生に相当する年齢の者以上) 1歳未満の小児の保護者、身体的な理由により接種が受けられない者の保護者等、高校生に相当する年齢の者、65歳以上の者対象〉

			診察前の体温	度	分
住所					
受ける人の氏名		男女	生年月日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日
保護者の氏名				(満 歳 ヵ月)	
優先接種対象者等分類	1. 医療従事者(救急隊員含む。) 2. 妊婦 3. 基礎疾患を有する者 4. 1歳未満の小児の両親及び身体的理由により接種が受けられない者の保護者等 5. 高校生に相当する年齢の者 6. 65歳以上の者				
年齢区分	1. 高校生に相当する年齢の者 2. 高校卒業以上相当～65歳未満の者 3. 65歳以上の者				

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日の予防接種について、効果や副反応などの説明書を読んで理解しましたか	いいえ	はい	
現在、何か病気にかかっていますか 病名()	はい	いいえ	
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よいといわれましたか	いいえ	はい	
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ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、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	
最近1ヶ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	
新型インフルエンザ又は季節性インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか その際に具合が悪くなったことはありますか	はい	いいえ	
これまでにインフルエンザ以外の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	
薬や食べ物、特に卵や鶏肉でじんましんなどアレルギーが出たことがありますか それはどのようなものですか()	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	
そのとき熱が出ましたか	いいえ	はい	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	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	

医師の記入欄
 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)
 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、説明等を行った。
 医師署名又は記名押印

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、
 接種を希望しますか (接種を希望します ・ 接種を希望しません)
 平成 年 月 日 本人自署

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施場所. 医師名. 接種年月日			
Lot No. メーカー名 1 阪大 2 化学及血清 3 デンカ 4 北里	接種回数 (1回目・2回目) 接種量 0.5ml	実施場所 医師名 接種年月日	平成	年	月 日

新型インフルエンザ予防接種予診票

〈基礎疾患を有する者(小学校6年生以下の者)、1歳から就学前の小児・小学生対象〉

		診察前の体温		度		分
住所						
受ける人の氏名			男女	生年月日	平成	年 月 日
保護者の氏名					(満	歳 カ月)
優先接種対象者等分類	1. 基礎疾患を有する者 2. 小児(1歳～就学前) 3. 小学校1年生～小学校3年生 4. 小学校4年生～小学校6年生					
年齢区分	1. 小児(1歳～就学前) 2. 小学校1年生～小学校3年生 3. 小学校4年生～小学校6年生					

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日の予防接種について、効果や副反応などの説明書を読んで理解しましたか	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 乳幼児検診で異常があると言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	
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、医師の治療(投薬など)を受けていますか 病名()	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よいといわれましたか	いいえ	はい	
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ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、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	
最近1ヶ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	
新型インフルエンザ又は季節性インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか その際に具合が悪くなったことはありますか	はい はい	いいえ いいえ	
これまでにインフルエンザ以外の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	
薬や食べ物、特に卵や鶏肉でじんましんなどアレルギーが出たことがありますか それはどのようなものですか()	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	
そのとき熱がでましたか	いいえ	はい	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	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	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

医師の記入欄
 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)
 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、説明等行った。
 医師署名又は記名押印

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、
 接種を希望しますか (接種を希望します ・ 接種を希望しません)
 平成 年 月 日 保護者自署

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施場所、医師名、接種年月日			
Lot No. メーカー名 1 阪大 2 化学及血清 3 デンカ 4 北里	接種回数 (1回目・2回目) 接種量 ml	実施場所 医師名 接種年月日	平成	年	月 日

新型インフルエンザ予防接種予診票

〈基礎疾患を有する者(中学生)、中学生対象〉

	診察前の体温	度	分
住所			
受ける人の氏名	男女	生年月日	平成 年 月 日
保護者の氏名			(満 歳 ヲ月)

質 問 事 項	回答欄	医師記入欄
今日の予防接種について、効果や副反応などの説明書を読んで理解しましたか	いいえ はい	
接種を受ける方の発育歴についておたずねします 生まれたときの体重が少なかったり、出産時、出生後、乳幼児検診などで異常があると いわれたことがありましたか	あった なかった	
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、医師の治療(投薬など)を受けていますか 病名()	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よいといわれましたか	いいえ はい	
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ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、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	
最近1ヶ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	
新型インフルエンザ又は季節性インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか その際に具合が悪くなったことはありますか	はい いいえ はい いいえ	
これまでにインフルエンザ以外の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	
薬や食べ物、特に卵や鶏肉でじんましんなどアレルギーが出たことがありますか それはどのようなものですか()	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	
そのとき熱がでましたか	いいえ はい	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	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	
今日の予防接種について質問がありますか	はい いいえ	

<p>医師の記入欄</p> <p>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)</p> <p>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、説明等を行った。</p> <p style="text-align: right;">医師署名又は記名押印</p>
--

<p>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などについて理解した上で、 接種を希望しますか (接種を希望します ・ 接種を希望しません)</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日 保護者自署</p>
--

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種回数/量	実施場所、医師名、接種年月日
Lot No. メーカー名 1 阪大 2 化学及血清 3 デンカ 4 北里	接種回数 (1回目・2回目) 接種量 0.5ml	実施場所 医師名 接種年月日 平成 年 月 日