

経鼻弱毒性インフルエンザワクチン（フルミスト®点鼻液）を接種する場合は、医療機関設置の予診票を使用してください。

前橋 令和6年度	住所	前橋市	生年月日	平成 年 月 日
	ふりがな		年齢	満 歳 か月
	氏名		保護者氏名	
	8桁番号	(はがきまたは通知の氏名下の8桁の番号を転記してください。)	<b>中学3年生用</b>	

## 681 季節性インフルエンザ予防接種 予診票【任意】

(令和6年度助成対象)平成21年4月2日～平成22年4月1日生まれの市民

※前橋市に住民登録がある方が対象です

質 問 事 項		診察前の体温		度 分
		回 答 欄		医師記入欄
1	今日受ける予防接種について市から周知された説明書(はがき、ホームページ等)を読みましたか	はい	いいえ	
2	今日受けるインフルエンザの予防接種は今シーズン何回目ですか 2回目の場合、1回目の接種はいつでしたか	1回目	2回目	
		( 月 日 )		
3	分娩児、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか 具体的に( )	あった	なかった	
4	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	
5	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	
6	1か月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の人が いましたか 病名( )	はい	いいえ	
7	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	
8	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( ) 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	
9	ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ( )歳頃 そのとき熱が出ましたか	はい	いいえ	
10	薬や食品(鶏卵、鶏肉など)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	
11	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	
12	近親者に先天性免疫不全と診断されている人はいますか	はい	いいえ	
13	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	
14	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	
15	【女性の方】現在、妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか	ある	ない	
16	今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

17	<p>医師記入欄</p> <p>以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせた方がよい)と判断します。</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、説明をしました。                  医師署名又は記名押印</p>
----	---

18	<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、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) ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。</p> <p>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事に同意します。                  保護者自署</p>
----	---

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 インフルエンザHAワクチン Lot No.	(皮下接種)  0.5ml	実施場所 ベル小児科クリニック	医師名 鈴木 雅登
(注)有効期限が切れていないか要確認		接種年月日	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か月以内に受けた人は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。