

				診察前の体温		度		分	
住 所		神流町大字							
受ける人の氏名		フリガナ	性別	男・女	生年月日	年	月	日	(満 歳 力月)
保護者の氏名									
質 問 事 項						回 答 欄		医師記入欄	
今日うける予防接種について説明文を読みましたか。						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。						は	い	いいえ	
出生時に異常がありましたか。						は	い	いいえ	
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか。						あ	る	な	い
今日、体に具合の悪いところがありますか。						は	い	いいえ	
具体的な症状を書いてください。()						は	い	いいえ	
最近1ヶ月以内に病気にかかったりしましたか。						は	い	いいえ	
病名 ()						は	い	いいえ	
1カ月以内に家族や遊び仲間ではしん、風しん、水痘、おたふく、かぜなどにかかった方がいましたか。						は	い	いいえ	
病名 ()						は	い	いいえ	
1カ月以内に予防接種を受けましたか。						は	い	いいえ	
予防接種の種類 ()						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、結核その他の病気にかかり、医師の診察をうけていますか。						は	い	いいえ	
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	
そのとき熱がでましたか。						は	い	いいえ	
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	
症状 ()						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。						は	い	いいえ	
予防接種の種類 ()						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	
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 (☐ 可能 ・ ☐ 見合わせる)						医師署名又は記名押印	
		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、説明した。							

インフルエンザ予防接種希望書

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。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、本予診票が神流町に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 署名

(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名および被接種者との続柄を記載)
(※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被後見人の場合は本人又は成年後見人自署)

ワクチンロット番号	接 種 量	実施場所・医師名・接種年月日	
Lot No.	☐ 0.5ml(3歳以上)	実 施 場 所	
	☐ 0.25ml (6カ月以上3歳未満)	医 師 名	
	☐ 点鼻0.2mL (2歳以上19歳未満)	接種年月日	令和 年 月 日

保護者が同伴できない場合は、裏面もよく読み署名をお願いします

委 任 状

今回の予防接種を受けるにあたり、保護者が事情により同伴できないため、接種を受ける子どもの健康状態を普段から熟知している親族等である代理人へ予防接種に関する保護者の権限を委任いたします。

予 防 接 種 名	インフルエンザ		
接 種 日	令和 年 月 日		
接 種 を 受 け る 者	氏 名		
	生 年 月 日	年 月 日	
代 理 人	氏 名		
	接種を受ける子どもとの関係		
保 護 者	氏 名		

				診察前の体温		度		分	
住 所		神流町大字							
受ける人の氏名		フリガナ	性別	男・女	生年 月日	年	月	日	(満 歳 カ月)
保護者の氏名									
質 問 事 項						回 答 欄		医師記入欄	
今日うける予防接種について説明文を読みましたか。						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。						は	い	いいえ	
出生時に異常がありましたか。						は	い	いいえ	
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか。						あ	る	な	い
今日、体に具合の悪いところがありますか。						は	い	いいえ	
具体的な症状を書いてください。()									
最近1ヶ月以内に病気にかかったりしましたか。						は	い	いいえ	
病名 ()									
1カ月以内に家族や遊び仲間ではしん、風しん、水痘、おたふく、かぜなどにかかった方がいましたか。						は	い	いいえ	
病名 ()									
1カ月以内に予防接種を受けましたか。						は	い	いいえ	
予防接種の種類 ()									
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、結核その他の病気にかかり、医師の診察をうけていますか。						は	い	いいえ	
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	
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。						は	い	いいえ	
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	
症状 ()									
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。						は	い	いいえ	
予防接種の種類 ()									
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	
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 (☐ 可能 ・ ☐ 見合わせる)						医師署名又は記名押印	
		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、説明した。							

インフルエンザ予防接種希望書

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。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、本予診票が神流町に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 署名

(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名および被接種者との続柄を記載)

(※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被後見人の場合は本人又は成年後見人自署)

ワクチンロット番号	接 種 量	実施場所・医師名・接種年月日	
Lot No.	☐ 0.5ml(3歳以上)	実 施 場 所	
	☐ 0.25ml (6カ月以上3歳未満)	医 師 名	
		接種年月日	令和 年 月 日

保護者が同伴できない場合は、裏面もよく読み署名をお願いします

委 任 状

今回の予防接種を受けるにあたり、保護者が事情により同伴できないため、接種を受ける子どもの健康状態を普段から熟知している親族等である代理人へ予防接種に関する保護者の権限を委任いたします。

予 防 接 種 名	インフルエンザ		
接 種 日	令和 年 月 日		
接 種 を 受 け る 者	氏 名		
	生 年 月 日	年 月 日	
代 理 人	氏 名		
	接種を受ける子どもとの関係		
保 護 者	氏 名		