様式第２号

子ども用
（6 箇月～19 歳未満）

湯川村任意インフルエンザ予防接種予診票

接種を希望する□のいずれかに☑をしてください。

□皮下注射対象者(HA ワクチン):6箇月～13歳未満（ 1回目 ・ 2回目 ）⇒（ 1回目はいつ　　/どこで　　）
13歳以上（ 1回目 ）

□点鼻接種対象者(フルミスト):2歳～19歳未満

※ インフルエンザ予防接種の2回助成対象者は、原則として同一の医療機関で接種してください。

住　　所	湯川村			診察前の体温	度　　分
氏　　名		生年月日	年　月　日(満　　歳)		男・女
保護者氏名		電話番号			
※　保護者以外が同伴する場合は、裏面の委任状に記入してください。					

質　問　事　項	回 答 欄		医師記入欄
今日のインフルエンザ予防接種について村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言われたことがありますか	 あった あった あ る	 いいえ いいえ 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(　　) 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 は い	 いいえ いいえ	
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ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名　(　　)	は い	いいえ	
1カ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	
1カ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	
これまでに重度の喘息などの呼吸器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	
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がありますか。	は い は い	いいえ いいえ	
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がありますか 予防接種の種類(　　)	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	
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 は い	いいえ いいえ	
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はありますか	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** ） 本人に対して、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。 医師署名又は記名押印

インフルエンザ予防接種希望書　※ 医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応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** ）

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、本予診票が村に提出されることに同意します。

年　月　日　　保護者自署

ワクチンメーカー名ロット番号	用法・接種量	実施場所 ・ 医師名 ・ 接種年月日	個人負担額
メーカー名 Lot No. 有効期限　年　月　日	□皮下接種　ml □経鼻接種 (各鼻腔 0.1ml)	実施場所 医師名 接種年月日　年　月　日	□HA ワクチン１回 **1,500円** □経鼻ワクチン　**3,000 円**