

つくば市 助成額：2,000円（生活保護上限7,200円）

該当する欄に○印をつけてください

小児インフルエンザ予防接種予診票

※初回接種のみ助成対象

年齢内訳			生活保護 受給 (受給者証等提示)	接種方法	
6か月以上 3歳未満	3歳以上 13歳未満	13歳以上 中学3年生		皮下接種	経鼻

太枠内を記載してください

住 所	つくば市	電話番号	
ふりがな		生年月日	西暦 20 年 月 日生 (歳)
受ける子の氏名		性 別	男 ・ 女
保護者の氏名		診察前の体温	度 分

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
接種日現在（本日）、つくば市に住民登録はありますか（ない場合は対象外です）	いいえ →対象外	は い	
今日受けるインフルエンザ予防接種についての説明書（裏面）を読み、効果や副反応などについて理解しましたか	いいえ	は い	
今までにインフルエンザの予防接種を受けたことがありますか	いいえ	は い	
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	
今日受けるインフルエンザ予防接種は、今シーズン何回目ですか	2回目 →対象外	1回目	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名（ 月 日： ）	は い	いいえ	
予防接種（インフルエンザ除く）の際に具合が悪くなったことがありますか 予防接種名（ ）	は い	いいえ	
分娩時や出生後、乳幼児健診等で異常があると言われたことがありますか	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、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（ ）	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	いいえ	は い	
最近1か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	
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	
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もよいと言われましたか	いいえ	は い	
1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、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	
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 薬（ ） 食品（卵、ゼラチンなど ）	は い	いいえ	
今までに間質性肺炎、気管支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	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	
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	
●13歳以上の女性へ● 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	は い	いいえ	

【医師の記入欄】 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ました。 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（理由 ）】	医師署名又は記名押印
【保護者の記入欄】 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） 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、本予診票がつくば市に提出されることに同意します。	保護者自署（委任の場合は受任者自署） 続柄：父・母・その他（ ）

使用ワクチン名	接種方法	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
シール貼付の場合記載不要 ワクチン名 Lot No.	<input type="checkbox"/> 皮下接種 不活化ワクチン	<input type="checkbox"/> 0.25ml (3歳未満) <input type="checkbox"/> 0.5ml (3歳以上)	医療法人 醇弘会 すぎやま内科皮フ科クリニック 理事長 杉山 弘明 20 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 経 鼻 生ワクチン	<input type="checkbox"/> 0.2ml (2歳以上) ※ 両鼻腔内に 1噴霧ずつ	
(注)有効期限が切れていないか要確認			