

小児 経鼻弱毒生インフルエンザワクチン予防接種予診票

任意接種

対象者…2歳～13歳未満

診察前の体温
(当日医療機関で測ります)

度 分(平熱 度 分)

住 所	※接種当日に、転出等により西東京市に住民登録がない方はこの予診票で接種を受けることができません。					
	西東京市					
フリガナ						
受ける人の氏名	男・女	生年月日	平成令和	年 月 日	保護者氏名	
			(満 歳 か月)			

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について市から配られているお知らせを読みましたか	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1回目ですか 経鼻弱毒生ワクチンはシーズンに1回限りの投与です。	はい	いいえ	
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	なかった なかった ない	あった あった ある	
今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状()	いいえ	はい	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか 病名()	いいえ	はい	
治療(投薬等)を受けていますか	いいえ	はい	
その病気を診てもらっている医師に今回の予防接種を受けてよいと言われましたか	はい	いいえ	
間質性肺炎や重度の喘息等の呼吸器系疾患と診断されたことはありますか	いいえ	はい	
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()(月 日～ 月 日)	いいえ	はい	
1か月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方はいますか 病名()	いいえ	はい	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類() 接種日(月 日)	いいえ	はい	
これまでに生まれつきの病気、心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障害、 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()	いいえ	はい	
その病気を診てもらっている医師に今回の予防接種を受けてよいと言われましたか	はい	いいえ	
免疫不全と診断を受けたことはありますか	いいえ	はい	
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	いいえ	はい	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか(回くらい・最後は 年 月頃)	いいえ	はい	
そのとき熱が出ましたか(度 分)	いいえ	はい	
薬や食品(ゼラチン、鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発疹が出たり、体の具合が悪くなったりしたことがありますか 薬・食品名()	いいえ	はい	
インフルエンザの予防接種を受けたことはありますか	いいえ	はい	
その際に具合が悪くなったことがありますか	いいえ	はい	
インフルエンザ以外の予防接種を受けた際に、具合が悪くなったことがありますか 予防接種の種類()	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人はいますか	いいえ	はい	
今回の予防接種について質問がありますか	いいえ	はい	

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(実施できる・見合わせた方がよい)と判断します。

保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品副作用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

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、医薬品副作用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。
※「同意します」を○で囲むことで、西東京市小児インフルエンザ任意予防接種実施要綱に定める個別接種の申込みをしたものとみなします。
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、本予診票が市に提出されることに同意します。

保護者自署

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認	点鼻 (各鼻腔0.1ml噴霧) 0.2ml(2歳以上)	実施場所: 医師名: 接種年月日: 年 月 日
経 鼻		

※西東京市民以外の方は、この予診票で接種を受けることができません。