

名前シールを貼ってください

| | | | |
|-------|-----|---|----|
| 年齢 | 満 | 歳 | か月 |
| 住所 | 前橋市 | | |
| 電話 | | | |
| 保護者氏名 | | | |

681 小児インフルエンザ予防接種 予診票 1回目【任意】

当該年度1歳児(令和5年度助成対象:令和4年4月2日～令和5年4月1日生まれ)

※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説明書を読みましたか | 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 (月 日) | 2回目 | |
| 3 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いわれたことがありますか | あった あった ある | なかった なかった ない | |
| 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疹、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 はい | いいえ 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 はい | いいえ 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 | |
| 12 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 | |
| 13 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 | |
| 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 今日予防接種について質問がありますか | はい | いいえ | |
| 15 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 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 | | | |

16 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) ※かっこの中のどちらかを○で囲んでください。
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。 保護者自署
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。

| 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 Lot No. | (皮下接種) 0.25ml | 実施場所 横田マタニティーホスピタル 医師名 |
| (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、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

名前シールを貼ってください

| | | | |
|-------|-----|---|----|
| 年齢 | 満 | 歳 | か月 |
| 住所 | 前橋市 | | |
| 電話 | | | |
| 保護者氏名 | | | |

682 小児インフルエンザ予防接種 予診票 2回目【任意】

当該年度1歳児(令和5年度助成対象:令和4年4月2日～令和5年4月1日生まれ)

※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説明書を読みましたか | 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 (月 日) | 2回目 | |
| 3 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いわれたことがありますか | あった あった ある | なかった なかった ない | |
| 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疹、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 はい | いいえ 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 はい | いいえ 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 | |
| 12 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 | |
| 13 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 | |
| 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 今日の予防接種について質問がありますか | はい | いいえ | |
| 15 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 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 | | | |

16 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。
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。 保護者自署
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。

| 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 Lot No. | (皮下接種) 0.25ml | 実施場所 医師名 横田マタニティーホスピタル |
| (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、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。