

# 土浦市 インフルエンザ予防接種予診票

(中学3年生まで)

住所	土浦市		保護者氏名	
			電話番号	( )
フリガナ			診察前の 体温	度 分
氏名				
生年月日	H・R	年 月 日 ( 歳 か月)	男・女	

今回の接種回数	1回目	2回目 (13歳未満のみ)
---------	-----	---------------

質問事項	回答欄		医師記入欄
接種当日に土浦市に住民票はありますか	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	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、消化管、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	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか	はい	いいえ	
今日体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いてください ( )	はい	いいえ	
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	
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	
2週間以内に予防接種を受けましたか ( 月 日 の予防接種)	はい	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。 ①その際に具合が悪くなったことはありますか。 ②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はありますか。 予防接種の種類 ( )	はい はい はい	いいえ いいえ いいえ	
ニワトリの卵や肉などにアレルギーがありますか	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	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) そのときに熱がでましたか	はい はい	いいえ 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がありますか	はい	いいえ	
(女性のみ) 現在妊娠している、または妊娠している可能性はありますか	はい	いいえ	

医師記入欄	医師署名又は記名押印
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) 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時の救済措置について説明しました	

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、本予診票が市に提出されることに同意します。	保護者自署 ( )

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.	(○をつける) 3歳未満 0.25ml 3歳以上 0.5ml		年 月 日
(注) 有効期限要確認			

※この予診票は接種当日に土浦市に住民登録がある生後6か月から中学3年生までの方のみ使用できます。  
【土浦市ホームページからダウンロード】

R3年度 こども