

品川区 \_\_\_\_\_

丁目 番 号

小児インフルエンザ

任意予防接種

助成額 1,000 円

有効期間 10月1日～1月31日まで

フリガナ		男 女	生年 月日	年	月	日	
受ける人の氏名				歳	1歳から中学3年生まで		
連絡がつく電話番号	- -						

今回の接種に○をして下さい	1回目	2回目	助成対象となるのは、品川区民のみです。12歳までは2回、13歳以上は1回のみ接種します。 ※ただし1回目の接種時に12歳であった場合、13歳になっていても2回目の接種可
これまでの接種歴	1回目の同ワクチンの接種日	月 日	

下の太枠内の質問事項に必要事項を記入し、回答欄のどちらかに「○」をつけてください。

質問事項	診察前の体温		医師記入欄
	回	答	
1 今日受ける予防接種について区から配られている説明書を読みましたか。	いいえ	はい	
2 今日の予防接種の効果や副反応について理解しましたか。	いいえ	はい	
3 あなたのお子さんの発育歴についておたずねします。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。	あった	なかった	
健診で異常があるといわれたことがありますか。	あった	なかった	
4 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	
5 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	
6 1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風疹、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	
7 1か月以内に予防接種を受けましたか。予防接種名( ) 接種日 / ( )	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	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 そのときに熱が出ましたか。	はい	いいえ	
10 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	
11 近親者に先天性免疫不全と診断されている方がいますか。	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がありますか。予防接種名( )	はい	いいえ	
13 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方がいますか。	はい	いいえ	
14 今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

## 医師記入欄

以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は（実施できる・見合わせたほうがよい）と判断します。  
本人に対して、予防接種の効果、副反応について、説明をしました。

医師署名または記名押印

## 予防接種希望書

任意接種で、万一事故が発生した場合は、予防接種法による健康被害救済給付の対象外となります。ただし、薬事法で承認されたワクチンを使用した場合に限り、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく、副作用救済給付の対象となります。

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応などについて理解したうえで、

接種を（希望します・希望しません）

※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。

このことを理解のうえ、本予防接種予診票が区に提出されることに同意します。

## 自署欄 いずれかに☑をいれてください

- 保護者が同伴している場合、下記に保護者が自署  
代理人（祖父母等）が同伴している場合、委任状を提出の上、代理人が下記に自署  
13歳以上の者が1人で接種する場合、保護者の同意書を提出の上、本人が下記に自署

署名

## 使用ワクチン

Lot No.

(注)有効期限が切れていないか要確認

## 接種量

- 3歳以上 0.5ml  
3歳未満 0.25ml

接種部位  
(皮下)

- 左・右  
 上腕  
 大腿

## 実施場所・接種医師名

本村耳鼻咽喉科クリニック

接種年月日 年 月 日