

小児インフルエンザ予防接種(1歳～ 中学3年生対象) 予診票

※太線枠内を記入してください。 1回目 2回目 *該当する課税状況に✓を記入願います。 非課税世帯の方は裏面の記入があります。 □課税世帯 □生活保護 □非課税世帯

朝おきたときの体温		度 分		出かける前の体温		度 分		診察前の体温		度 分	
住 所		宮古市									
		電話番号									
受ける人の氏名		フリガナ		男・女		生 年 月 日		平成・令和		年 月 日 生 (満 歳 カ月)	
						保護者氏名					
質 問 事 項								回 答 欄		医師記入欄	
① 今日受ける予防接種は何回目ですか *接種が済んでいるものは、接種月日を記入してください ア. 1回目 (年 月 日) イ. 2回目											
② 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 乳幼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 なかった あった なかった ある ない			
③ 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、医師の治療(投薬など)を受けていますか 病名 () 医療機関名 () その主治医には、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			
④ 今日体に具合の悪いところがありますか 症状を詳しく書いてください ()								はい いいえ			
⑤ 最近1ヵ月以内に家族や遊び仲間にインフルエンザ、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 誰ですか () 病名 ()								はい いいえ			
⑥ 最近1ヵ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 () 接種月日 (月 日)								はい いいえ			
⑦ 新型インフルエンザ又は季節性インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか その際に具合が悪くなったことがありますか								はい いいえ はい いいえ			
⑧ これまでに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がありますか 予防接種の種類 ()								はい いいえ			
⑨ 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 ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか (歳頃) そのとき熱がでましたか								はい いいえ はい いいえ はい いいえ			
⑩ 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 誰ですか ()								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はいますか								はい いいえ			
⑫ 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 (女子のみ)現在妊娠している、又は妊娠している可能性はありますか								はい いいえ			

医師の記入欄 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、目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに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

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、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解したうえで、以下のワクチンの接種を (希望します ・ 希望しません)
年 月 日 保護者自署

ワクチンメーカー名		接種量		実施場所・医師名・接種年月日	
メーカー名		経鼻 皮下 ml		実施場所 医師名 接種年月日	
Lot No.					

※下記対象の方に 4,000 円を限度として助成します。

対象1 生活保護世帯の方

- 接種当日に医療機関窓口で、休日・夜間受診手帳を提示してください。

対象2 市民税非課税世帯(世帯員全員)の方

- 接種当日に医療機関窓口で、世帯員全員の「令和7年度の課税証明書」を提示してください。

※「令和7年度の課税証明書」は、市税務課・総合窓口課・総合事務所・出張所で発行しています。

○有料:1件につき300円 ○持ち物:身分証明書

- 「免除申請書」に世帯員全員の氏名・生年月日をご記入ください。

免 除 申 請 書

氏 名	生 年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日

※健康課では、予防接種台帳に接種を記録する際に、世帯員の確認をいたします。