

こどもインフルエンザ予防接種予診票

※該当する箇所を○で囲んでください。

住所: 富士市
フリガナ
受ける人の氏名 (男・女)
生年月日: 平成・令和 年 月 日生

対象：満1歳～高校3年生相当
満1歳～当該年度18歳に達する者（H18.4.2以降生まれ）

今年度（10月～2月）のインフルエンザ接種回数
HAワクチン 13歳未満（1回目・2回目）
経鼻弱毒生ワクチン 2歳以上（1回のみ）※1歳不可
保護者氏名
電話番号
今朝目覚めた時の体温
診察前の体温
接種日の年齢 満 歳 か月

Table with 4 columns: 質問事項, 回答欄, 医師記入欄. Contains 16 numbered questions regarding vaccination history and health status.

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）
保護者または18歳以上の被接種者に対して、予防接種の効果、副反応および医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、説明をしました。

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、医薬品医療機器総合機構法に基づく救済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）
※今回のインフルエンザ予防接種は、任意接種となることを承知した上で接種します。
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。保護者又は被接種者自署
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。（※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署）

接種量表: 使用ワクチン名, 接種量 (1歳～3歳未満 0.25mL, 3歳以上 0.5mL, 経鼻弱毒生ワクチン 0.2mL), 実施場所 (医師名, 接種年月日)