

## 【経鼻弱毒生ワクチン:経鼻接種】インフルエンザ予防接種予診票(2歳～18歳)

今年度 ( 1 ) 回目 ※1 回限り

診察前の体温

度 分

|         |           |          |       |
|---------|-----------|----------|-------|
| 住 所     | 南小国町大字    |          |       |
| お子さんの氏名 | 生年<br>月 日 | 平成 ・ 令和  | 年 月 日 |
| 保護者の氏名  |           | (満 歳 カ月) |       |

| 質 問 事 項                                                                                  | 回 答 欄       |              | 医師記入欄 |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|-------|
| 今日受ける予防接種について、説明書を読んで理解しましたか。                                                            | はい          | いいえ          |       |
| あなたのお子さんの発育歴についてお尋ねします。<br>分娩時・出生後・乳幼児健診等で、異常がありましたか。<br>(具体的に: )                        | あった<br>(ある) | なかった<br>(ない) |       |
| 今日、体に具合の悪いところがありますか。<br>(具体的に: )                                                         | はい          | いいえ          |       |
| 最近1カ月以内に、病気にかかりましたか。<br>(病 名: )                                                          | はい          | いいえ          |       |
| 1カ月以内に、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<br>方がいましたか。(病 名: )                                | はい          | いいえ          |       |
| 生まれてから今までに、家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか。                                                     | はい          | いいえ          |       |
| 1カ月以内に、予防接種を受けましたか。<br>(予防接種の種類: )                                                       | はい          | いいえ          |       |
| 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<br>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言われましたか。                                                   | はい          | いいえ          |       |
| これまでに、重度の喘息などの呼吸器系疾患と診断され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)                                                            | はい          | いいえ          |       |
| そのとき、熱は出ましたか。                                                                            | はい          | いいえ          |       |
| 薬や食品(ゼラチン含有のもの、鶏卵や鶏肉等)で、皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の<br>具合が悪くなったことがありますか。(薬、食品名: )                   | はい          | 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          |       |
| 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。<br>(予防接種の種類: )                                           | ある          | ない           |       |
| 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          |       |
| 6カ月以内に、輸血あるいはガンマグロブリン <sup>(注)</sup> の注射を受けましたか。                                         | はい          | いいえ          |       |
| 【13歳以上の女性の方】現在、妊娠している、あるいは、妊娠している可能性がありますか。<br>又は授乳をしていますか。 ※接種後、約2か月間は妊娠しないように注意してください。 | はい          | いいえ          |       |
| 今日の予防接種について質問がありますか。(内容: )                                                               | はい          | いいえ          |       |

【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、予防接種の効果や目的、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

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 )。 ※ () 内のどちらかを○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。このことを理解の上、本予診票が町に提出されることに同意します。

保護者又は被接種者自署:

(※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署)

| 使用ワクチン名・ロット番号                             | 接種方法・量                        | 実施場所・医師名・接種年月日                         |
|-------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------|
| ワクチン名 フルミスト点鼻液<br>Lot No. ※有効期限が切れていないか確認 | 点鼻<br>(各鼻腔 0.1ml 噴霧)<br>0.2ml | 実施場所 小国公立病院<br>医 師 名<br>接種年月日 令和 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カ月以内に受けた方は、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。

**\* 16歳未満のお子さん\***

**【保護者の方へ】** 保護者以外の方が同伴する場合、下記事項をよくお読みください。

**予防接種に保護者が同伴できない場合の委任状について**

16歳未満のお子さんが予防接種を受ける場合、原則、保護者の同伴を必要とします。しかし、保護者がやむを得ない事情により同伴できない場合は、接種を受けるお子さんの健康状態を普段からよく知っている親族等で適切な方（祖父母等）が同伴し、予防接種を受けることも可能です。

ただし、保護者以外の方が同伴する場合は、この委任状が必要です。予防接種を受ける前に、保護者が委任状に記入し医療機関へご提出ください。

## 委 任 状

今回、子どもの季節性インフルエンザ予防接種を受けるにあたって、私（保護者）が事情により同伴できないため、子どもの健康状態を普段からよく知る親族等に委任します。

私と代理人は季節性インフルエンザ予防接種の説明書（注意事項）を読み、予防接種の効果や目的、副反応が起こる可能性及び予防接種救済制度等について理解しましたので、代理人の同意を持って、保護者の同意といたします。

令和      年      月      日

◆被接種者（子ども）：氏      名      \_\_\_\_\_

：生年月日      平成・令和      年      月      日

◆保護者（委任者）：氏名（自署） \_\_\_\_\_

：住所      南小国町大字      \_\_\_\_\_

：緊急時の連絡先      \_\_\_\_\_

◆代理人（同伴者）：氏      名      \_\_\_\_\_

：住      所      \_\_\_\_\_

（保護者と同一であれば省略可）

：被接種者との続柄      祖父、祖母、おじ、おば、その他（      ）