

原則保護者の同伴が必要です。  
 ①13歳未満：保護者等の同伴が必要。  
 ②13歳以上16歳未満：保護者の同意欄に署名があれば、保護者等の同伴がなくても接種可。

# 小児インフルエンザ 予防接種予診票

小児用

対象年齢：生後 6か月から小学校6年まで **フルミストは2才から18才まで**

柏市

接種回数	1回		2回	
住所	柏市			
予防接種番号				
ふりがな			生年月日	西暦 年 月 日
受ける人の氏名	(男・女)		(満 歳 ヶ月)	
保護者の氏名			電話番号	

質問事項	回答欄		医師記入欄
接種時に柏市に住民票はありますか 注意：接種時に柏市に住民票がない場合は全額自己負担となります。	いいえ	はい	
今日受ける予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか	いいえ	はい	
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	
今日 体に具合の悪いところがありますか 具体的な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	
1 か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種を受けた日と種類 ( 月 日： )	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	
【“はい”と回答した場合】 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	いいえ	はい	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか 最後のけいれんは ( ) 歳頃 そのとき熱が出ましたか	はい いいえ	いいえ はい	
薬や食品で皮膚に発疹やしんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか ( ) 歳頃 薬品・食品名 ( ) 症状 ( )	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 予防接種の種類 ( )	はい	いいえ	
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 か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか 質問 ( )	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 <b>実施できる・見合わせる(理由： )</b> 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救済制度について、 説明をしました。	医師の自筆署名又は記名押印  加藤義一
-----------	---	---------------------------

保護者 記入欄	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、予防接種健康被害制度などについて理解した上で、接種することに <b>同意します・同意しません ※どちらかに○</b> 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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。	保護者の自筆署名
------------	--	----------

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No. 有効期限 年 月 日 (注)有効期限が切れていないか要確認	皮下 接種 3歳未満： 0.25mL 3歳以上： 0.5mL	実施場所：千葉県柏市大津ヶ丘1-45-5 医師名： 医療法人社団翠柏会かしまつ南みらいクリニック 加藤義一 接種年月日： 西暦 202 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か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。

□経鼻接種0.2mL (2才から18才)

柏市提出分

接種回数を忘れずご記入ください

### 小児インフルエンザ 予防接種 予診票

対象年齢：生後 6 か月から小学校 6 年まで

## 柏市

受診日	西暦 2024年 10 月 1 日	診察前の体温	36 度 5 分
接種回数	1回	2回	
住所	柏市 柏下 65-1		
予防接種番号	1 0 3 5 6 ● △ ■		
ふりがな		生年月日	西暦 2016 年 6 月 16 日 (満 8 歳 3 ヶ月)
受ける人の氏名	柏 太郎 (男 女)	電話番号	080-1155-〇〇△△
保護者の氏名	柏 花子		

不明の場合、未記入でも構いませんが、氏名・ふりがな・生年月日を正しくご記入ください

該当する回答に  
○をつけてください

該当の場合  
のみ回答

医師の診察を受けた後、ご記入ください。

必ず保護者のお名前を  
ご記入ください

保護者記入欄	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、予防接種健康被害制度などについて理解した上で、接種することに <b>同意します・同意しません ※どちらかに○</b> 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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。	保護者の目撃署名 <b>柏 花子</b>
--------	--	-------------------------

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No. 有効期限 年 月 日 (注)有効期限が切れていないか要確認	皮下接種 3歳未満： 0.25mL 3歳以上： 0.5mL	実施場所： 医師名： 接種年月日： 西暦 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か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でないことがあります。

柏市提出分