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

1	1	児	用
٠,	•	76	л

柏市	E-00	I				_			<u> </u>		/\
	受診日	西暦	年 			診察前の	<u> </u>	L	度		分
接種回数	今回の接種は			10				20			
住所	柏市										
予防接種番号						クリニック 確認欄	□保護	養者が同伴	ロフルミ	ストを要望	します
ふりがな								西暦	左	F 月	В
受ける人の氏名				ı	(男•女)	生年 <i> </i> 	月日	(満	歳 ヶ月)		
保護者の氏名						電話	番号				
質 問 事 項									□ 答 欄 医師記入欄		
接種時に柏市に住民									いいえ	はい	
注意:接種時に相会の受けるる際は						たか					
今日受ける予防接種 あなたのお子さんの				の説明書で	と訳みまし	<i>)[:]</i>			いいえ	はい	
出生体重() ((こ異常があ	5りました	か			 あった	なかった	
			出生後に	二異常があ	5りました	か			あった	なかった	
			があるといわ	れたこと	がありま	すか			ある	ない	
今日 体に具合の思			すか					`	はい	いいえ	
具体的な症状を書い 最近 1 か月以内に		,	<i>t</i>))	はい	しいいえ	
販江 か月以内に 病名 (内又にハカツ	ましに	/)'					`	19/1	01012	
1 か月以内に家族や	り游が山間にほ	ましん.	■ L ん っ 水	痘 おた/	ふくかぜた	でどの病気の	か方がい	ましたか	はい	いいえ	
(病名:		ж О 7 0 х		7 55 007C1	31 < 73	x C 0 7 1/3 X (0	77777)	10.01	010176	
1 か月以内に予防接 予防接種を受けたE			⊟:)	はい	いいえ	
生まれてから今まで	に先天性異常	意、心服	蔵、腎臓、肝	臓、脳神紅	経、免疫不	全症その	也の病気	にかかり、	はい	いいえ	
医師の診察を受けて ("はい"と回答		病名 その		らってい	る医師に	今日の予防	接種を受) をけてよい	いいえ	はい	
といわれましたか ひきつけ(けいれん	<u> </u>	= - 1-1	がおりますか		カけいわん	<u>ı</u> + (歳頃	はい	いいえ	
そのとき熱が出まし		/	7,00,000,000	取1友(771701767)J& (感识	いいえ	はい	
薬や食品(ゼラチン		ど)でほ	支膚に発疹が	出たり、体	の具合が	悪くなった	ことがる	ありますか	はい	いいえ	
() 歳頃	薬品・食品				症状)			
近親者に先天性免疫									はい	いいえ	
これまでに予防接種 予防接種の種類	を受けて具合 (うが悪く	くなったこと	はあります	すか)	はい	いいえ	
近親者に予防接種を	受けて具合な	が悪くな	なった人はい	ますか					はい	いいえ	
6 か月以内に輸血を	5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	
経鼻 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 ※フルミストの場合						はい	いいえ				
今日の予防接種にご 質問(いて質問があ	5りま?	すか)	はい	いいえ	
	 多及び診察の結	果、今日	∃の予防接種は						医師の自	・ 1筆署名又は	記名押印
				`)			
医師 実施できる・見合わせる(理由:											
説明をしる		性のフタカラ	未、副汉心汉〇	了別好好里限	建球似合数,	自削反に ノバ					
			接種の効果や目	的、重篤な	3副反応の	可能性、予防	接種健康	被害制度な	保護者の)自筆署名	
どについて理解した上で、接種することに 保護者 同音 ます。同音 ません ※ どちらかに 〇											
体環角 同意します・同意しません ※どちらかに〇											
	ikは、予防接性 されることに同			JC U CV 18	₹9°° C07°	_ こと注解り)上、 本丁	が影り、いっぱい			
	 チン名	T	接種量 ※い	ずれかに〇		_	実施場	· 医師名。	· 接種年月F		
ワクチン名	フチン名 ま施場所: 千葉県柏市大津ヶ斤1-45-5										
Lot No.	, , ,	皮下	1025ml 1tt	2歳以上 各鼻腔内に	医師名:	医療法	人社団翠	泊会 かしわえ		ノニック	
有効期限 年	月	日接	3歳以上 接	0.1mLずつ	按穩年日	加藤義 日: 西暦		年		E	1
(注)有効期限が切れ	ていないか要配	金認 種	0.5mL 種	噴霧	接種年月 	山・ 四僧	202	+	月		J

(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、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

小児インフルエンザ/予 阪 接 種 ア 対象年齢:生後 6か月から小学校6年まで 予防接種予診票

小児用

柏市	受診日	西暦 2025 年			診察前の体温	Ì	36 度	6	分		
接種回数			10	-		20					
住所	柏市										
予防接種番号	11 0 0 0 ■ ▲ ■ ■ 氏名, 生年月日, 住所を正しく記入してください							ださい			
ふりがな	か	しわたる	3 う	西暦 2016 年 6 月 16 日					16 ⊟		
受ける人の氏名		±4 ± ±17 生年月日						あり歳3 ヶ月)			
保護者の氏名		柏花子			電話番号	080	-1155	i – • •	A A		
		質問	事 項					答 欄	医師記入欄		
接種時に柏市に住民			コタセトなり	++			いいえ	(ttv)			
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。 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								はい			
あなたのお子さんの				,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,			いいえ				
出生体重(あった	なかった			
	図 IP/カークー		に異常があり				あった	(なかった)			
今日 体に具合の割		で異常があるといれ	つれたことかる	かります	יכל		あるはい	ない			
具体的な症状を書い						— I	10.01	(VIVIX)			
最近 1 か月以内に			該当する[回答に	○を付けてくださ	· (1	はい	いいえ			
病名(,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	072.3)	10.00				
1 か月以内に家族や	か遊び仲間に麻	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	はい	いいえ			
(病名:		THE PUBLISH PROPERTY AND THE PROPERTY AN)					
1 か月以内に予防抗 予防接種を受けたE	日と種類(月 日:)	はい	いいえ			
生まれてから今まで			臓、脳神経、	免疫不:	全症その他の病気	にかかり、	はい	いいえ			
医師の診察を受けていますか 病名() 「 "はい"と回答した場合							いいえ	はい	-		
といわれましたか) <u>た</u> むこ」 た	ニトがちりますか	見然のは	114061	+ (·투/즈	1+1 >	(いいえ)			
ひきつけ(けいれ <i>)</i> そのとき熱が出まし		ここがめりますが	最後のけ	01111101	۵ (歳頃	はい いいえ	はい	-		
薬や食品(ゼラチン		ご)で皮膚に発疹が	出たり、体の	具合が悪	思くなったことがる	ありますか	はい	いいえ			
()歳頃	薬品・食品:	名()	症状()					
近親者に先天性免疫							はい	いいえ			
これまでに予防接続 予防接種の種類		が悪くなったこと	はありますか	\		`	はい	いいえ			
3 か35メニエーン ニエンベ	`	亜ノなった1けい	キ オか			,	1+1 \	しいえ			
	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 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			
終 章					りますか		はい	いいえ	経鼻技		
のみ 「これなどに重反の情感などの呼吸音系殊感と診断されたととかめりようか									のみ[
今日の予防接種に1 質問(ついて質問があ	りますか)	はい	(VW 17)			
以上の問	診及び診察の結果	2、今日の予防接種に	<u></u>				医師の目	自筆署名又は	記名押印		
医師 実施で	きる・見合わ	つせる(理由:)					
医師の診察を受けた後,ご記入ください び予防接種健康被害救済制度について、 必ず保護者の氏名をご記入ください									ください		
(FAT	ta = \$400 += == 4.1	Potate attende	7.45 - E-W-1-11		ARIL SOLIASTI	The state of the s	10=++-+-				
医師の診察 どについて	祭・祝明を受け、 C理解した上で、	予防接種の効果やE接種することに	目的、重篤な副派	文心の 旦	能性、予防接種健康	機害制度な	保護者の	の自筆署名	/		
とについて理解した上で、接種することに 保護者 同意します。同意しません ※どちらかに〇							1		_		
この予診		安全性の確保を目的			とを理解の上、本予	診票が市町	柱	花	⁺		
使用ワク	チン名	接種量 ※い	ずれかに〇		実施場	· 医師名	接種年月月	3			
ワクチン名		3歲去港	実	施場所:	~u3 <i>m</i>	2070	√⊃(±-T/J(_			
Lot No.		1× 0.25ml 11±	2歳以上	師名:							
有効期限 年	月	日接 3歳以上接	0.1mLずつ	種年月日	: 西暦	年	月	Е	.		
(注)有効期限が切れ	ていないか要確認	穏 O.5mL 種	5年88 接	1里十月日	· 四僧	4	<i>Э</i>				
(注) ガンフガロブロ	トルナ 血流制象	の一種で A刑肛火	などの感染点の	マルロか	かまたの感染にの	ム赤口かたと	で注射され	マートがちり	1		

(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この注射を3~6か月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。