

接触確認アプリの  
インストールを確認  
または勸奨した



【小児】任意接種用

# インフルエンザ予防接種予診票

住 所	福岡市 区			
ふりがな (必須)	男 女	生年 月日	平成 令和 (満 歳 か月)	年 月 日生
氏 名				
保護者の氏名	電話 番号	( )		

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
①診 察 前 の 体 温	度 分		
②今日受ける予防接種について市から配られている説明書を読みましたか。	いいえ	はい	
③あなたのお子さんの発育歴についておたずねします。 ・未熟児(出生体重: g)で生まれたり、分娩時や出生後に異常がありましたか。	あった	なかった	
・その後の発育に異常があるといわれたことがありますか。(乳幼児健診も含めて)	ある	ない	
④今日、体に具合の悪いところがありますか。あれば○印をつけてください。 (熱、咳、鼻汁、下痢、その他 )	はい	いいえ	
⑤最近1か月以内に病気にかかりましたか。あれば○印をつけてください。 (麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜ、突発性発しん、その他 )	はい	いいえ	
⑥1か月以内に家族や友人に病気の方がいましたか。あれば○印をつけてください。 (結核、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜ、その他 )	はい	いいえ	
⑦1か月以内に(BCG、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜ、その他 ) の予防接種を受けましたか。	はい	いいえ	
⑧生まれてから今までに特別な病気(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たことがありますか。 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。	いいえ	はい	
⑨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	
・その時に熱が出ましたか。(およそ 度 分)	はい	いいえ	
⑩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。 (卵、薬、その他 )	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。病名 ( )	はい	いいえ	
⑫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。 予防接種名 ( ) 症状(熱、嘔吐、発しん、注射部位のはれ、その他 )	はい	いいえ	
⑬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	
⑭今日の予防接種について質問がありますか。その内容 ( )	はい	いいえ	

[医師記入欄] 診察所見 咽頭(異常なし口, ) 胸部(異常なし口, ) その他 ( )  
 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。  
 本人(未成年の場合は保護者)に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品副作用被害救済制度について説明をしました。  
 医師の署名又は記名押印 \_\_\_\_\_

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、副反応の可能性、医薬品副作用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) ※かつこ内のどちらかを○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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。 保護者の自署 \_\_\_\_\_

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	(皮下接種)	医療機関名	たけのしたクリニック
Lot No.	3歳以上 0.5 mL	医 師 名	竹之下 博正
(注)有効期限がきれていないか要確認	3歳未満 0.25mL	接種年月日	令和 年 月 日

# インフルエンザ予防接種 接種済証

この接種済証は、予防接種を受けたことを証明するものですので、大切に保管してください。

住 所	福岡市 区			
ふりがな (必須)	男 女	生年 月日	平成	年 月 日生
氏 名			令和	(満 歳 か月)
保護者の氏名	電話 番号	( )		

## ★ 予防接種を受けた後の注意

- ① 予防接種を受けたあと30分間程度は、お子さんの様子に注意して、医師とすぐに連絡がとれるようにしておきましょう。急な副反応が、この間に起こることがあります。
- ② 接種後、1週間は副反応の出現に注意しましょう。
- ③ 接種部位は清潔に保ちましょう。入浴は差し支えありませんが、接種部位をこすることはやめましょう。
- ④ 当日は激しい運動は避けましょう。
- ⑤ 接種後、接種部位の異常な反応や体調の変化があった場合は、速やかに医師の診察を受けましょう。

## ★ 予防接種の副反応

予防接種の注射の跡が、赤みを帯びたり、はれたり、痛んだりすることがあります。また、わずかながら熱が出たり、寒気がしたり、頭痛、全身のだるさなどがみられることもありますが、通常これらは2～3日のうちに治ります。

その他に、強い副反応として接種後数日から2週間以内に発熱、頭痛、けいれん、運動障がい、意識障がいの症状が現れる等の報告があります。非常にまれですが、ショックやじんましん、呼吸困難などが現れることもあります。

また、予防接種と同時に、他の病気がたまたま重なって現れることがあります。予防接種を受けた後、このような接種した部位の異常な反応や、体調の変化などが現れたら、速やかに医師（医療機関）の診察を受けてください。

そのほか、分からない時はお住まいの区の保健福祉センター（保健所）にお尋ねください。

## ★ 医薬品副作用被害救済制度（子どもの任意接種）

任意の予防接種によって引き起こされた副反応により、医療機関での治療が必要になったり、生活に支障が出るような障がいを残すなどの健康被害が生じた場合には、医薬品副作用被害救済制度の給付を受けられる場合があります。詳しくは独立行政法人医薬品医療機器総合機構のホームページ等をご覧ください。

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	(皮下接種)	医療機関名	たけのしたクリニック	
Lot No.	3歳以上 0.5 mL	医師名	竹之下 博正	
(注) 有効期限がきれていないか要確認	3歳未満 0.25mL	接種年月日	令和 年 月 日	